

**SETEMBRO
2022**

Valor Referencial

NEUROCIROURGIA

Segmento Coluna

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO
NEUROCIRURGIA
(SEGMENTO COLUNA)**

SETEMBRO/2022

GOVERNADOR DO ESTADO

RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO

EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL

MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EDIÇÃO - SETEMBRO 2022

EXECUTOR

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

EDIÇÃO - SETEMBRO 2011

COORDENAÇÃO MÉDICA

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JUNIOR

EQUIPE EXECUTORA

LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO

AUDITORA MÉDICA

NANCY ANDRADE NONATO QUEIROZ

ASSESSORIA TÉCNICA

BAHIA Secretaria da Administração.
Elaboração Valor referencial Procedimento: NEUROCIRURGIA (SEGMENTO COLUNA). 3ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, setembro 2022.

P 30.

1. Elaboração do Valor Referencial:
NEUROCIRURGIA – SEGMENTO COLUNA VERTEBRAL

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	05
2. OBJETIVO	05
3. JUSTIFICATIVAS	05
4. MATERIAL	05
5. MÉTODO	06
6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	06
7. CONTROLE E AUDITORIA	06
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	06
9. INFORMAÇÕES TÉCNICAS	11
9.1. HÉRNIA DISCAL CERVICAL E/OU DESCOMPRESSÃO CERVICAL COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS – COM OU SEM INSTRUMENTAL	16
9.2. HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR ATÉ 02 NÍVEIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM ARTRODESE	18
9.3. CIRURGIA DA HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR TÓRACOLOMBAR COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS – COM OU SEM INSTRUMENTAL	20
9.4. MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL - OSTEOTOMIA/ARTRODESE	22
9.5. HÉRNIA DISCAL CERVICAL TRAUMÁTICA-LUXAÇÃO FACETÁRIA	24
9.6. TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	26
9.7. Proc. Associado – ARTRODESE COM INSTRUMENTAL POR SEGMENTO ADICIONAL DA COLUNA	28
9.8. KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO CERVICAL ATÉ 2 NÍVEIS	29
9.9. KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO TÓRACO-LOMBAR ATÉ 2 NÍVEIS	29
10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS	30

VALOR REFERENCIAL EM NEUROCIRURGIA (SEGMENTO COLUNA)

1. APRESENTAÇÃO

A coluna vertebral se configura principalmente como o eixo de sustentação do esqueleto humano, porém desempenha outras funções de fundamental importância, permitindo a movimentação do pescoço e tronco, oferecendo proteção à medula espinhal e aos nervos espinhais, subsidiando a postura corporal e a locomoção, além de auxiliar na fixação de costelas, cintura pélvica, músculos dorsais e outras estruturas osteomioarticulares.

As patologias que acometem a coluna vertebral têm etiologias as mais variadas (degeneração dos discos intervertebrais, tumores, trauma, dentre outras) e são muito frequentes, representando uma importante causa de morbidade na população brasileira, cujo tratamento envolve o dispêndio de muitos recursos financeiros.

2. OBJETIVO

- Promover a revisão, atualização e elaboração de novos valores referenciais em Neurocirurgia (segmento da coluna vertebral).

3. JUSTIFICATIVAS

A Gestão por Pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece a remuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

São incontestes as vantagens da formatação de remuneração dos internamentos e procedimentos médicos sob a forma de valor referencial, pois:

- Proporciona previsibilidade orçamentária;
- Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;
- Estimula a racionalização dos custos na saúde;
- Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
- Agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança;
- Oferece isonomia e equidade na remuneração destes procedimentos;
- Corrige o modelo atual e cruel de remuneração, pagando justamente o honorário médico e os serviços hospitalares, tirando o foco dos materiais e medicamentos.

4. MATERIAL

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE – Planserv;
- Tabela CBHPM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações externas;
- Tabela Sintética Planserv;
- Tabela de Procedimentos Médicos Planserv (Que faz referência à tabela AMB 92).

5. MÉTODO

Foi utilizada a mesma metodologia do projeto VALOR REFERENCIAL, cuja composição é segmentada por:

- Serviços Hospitalares (Diárias, Taxas, Gases): Composta por Diárias Agregadas ou Sintéticas, que resumem a cobrança do conjunto de serviços e estrutura da hotelaria e da assistência. Foi precificada conforme a nova Tabela Sintética Planserv;
- Honorários Médicos - CBHPM;
- SADT - Tabela Planserv de Procedimentos (AMB);
- Materiais e Medicamentos: Histórico de utilização das contas médicas destes procedimentos processadas ao Planserv pela rede de prestadores;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Todos os prestadores contratados ou referenciados na especialidade de Neurocirurgia e/ou Ortopedia;
- OBSº Prestadores credenciados ou referenciados em Neurocirurgia e/ou Ortopedia estão automaticamente habilitados aos valores referenciais. Estes prestadores se não puderem ou não quiserem realizar estes valores referenciais, terão de comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizar estes procedimentos;
- Prestadores que encaminharem documento de não aceitação, serão inabilitados para realização destes procedimentos, seja por Valor Referencial (pacotes) ou por formatação de conta aberta;
- Prestadores habilitados, contratados ou referenciados, que não encaminharem ofício de não aceitação, não poderão se negar a realizar estes procedimentos.

7. CONTROLE E AUDITORIA

O Planserv realizará controle técnico e administrativo através da utilização de ferramentas de auditoria médica, podendo ser solicitados os seguintes registros:

- Relatório de cirurgia descrevendo a técnica utilizada com referência à utilização das próteses e materiais especiais (legíveis);
- O Planserv poderá realizar pré-auditoria médica *in loco*;
- O Planserv poderá realizar pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos;
- Acompanhamento intra-operatório (quando devidamente e previamente acordado com equipe e hospital).

8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Os Valores Referenciais tem mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares e honorários médicos estão proporcionalizados de acordo com a carteira de planos do Planserv, sendo Planos Básicos (90% da carteira) e Planos Especiais (10% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
 - **Diárias:** Para as diárias de unidade aberta, usamos uma diária denominada "Diária de unidade composta", esta diária é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 90%) + (Valor da Diária de Apartamento x 10%). Desta forma, quando o paciente for de plano básico deverá ser acomodado em

- enfermaria, e quando for de plano especial deverá ser acomodado em apartamento. Apesar de ter um único preço para o Valor Referencial, o prestador de serviço terá assegurado o valor diferenciado (proporcionalmente) da unidade de apartamento. Esta proporção (90% / 10%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem 90% de planos básicos e 10% de planos especiais;
- **Honorários médicos:** Usamos CBHPM para todos os casos. O cálculo final do honorário é igual a: $(\text{Valor CBHPM} \times \mathbf{1} \times \mathbf{90\%}) + (\text{Valor CBHPM} \times \mathbf{2} \times \mathbf{10\%})$. Explicando: Como os planos básicos (enfermaria) não tem acréscimo de honorário, o valor é multiplicado por **1**, e em seguida multiplicado pela proporção da carteira planos básicos **90%**, enquanto que os planos especiais (apartamento) tem os honorários acrescidos em 100%, logo são multiplicados por **2** e em seguida são multiplicados pela proporção da carteira de planos especiais **10%**. Desta forma, independente do plano do paciente, o médico tem assegurado (proporcionalmente) os honorários duplicados da carteira de planos especiais (apartamentos).
 - As contas de pacotes não podem ser cobradas com períodos de conta em formatação aberta. Se o período da internação for superior ao período de diárias contempladas no pacote, a cobrança deve separar as contas, sendo o período do pacote com cobrança única e exclusiva do pacote, e os demais períodos em conta aberta;
 - **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro com "Composição do Valor Referencial" com descrição dos itens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam intercessão dos seguintes itens de inclusão e exclusão:
 - **Itens de Inclusão:**
 - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários para realizá-los;
 - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesiista e demais profissionais envolvidos na assistência, a exemplo de Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela frequência média de utilização);
 - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.
 - **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:
 - Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).
 - **Intercorrências:**
 - As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;
 - As intercorrências, referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências

de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote, tampouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente ao modelo de remuneração por pacote;

- Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando: uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda conta em formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;
- Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;
- Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto (dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote;
- As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre cada prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.);
- Materiais complementares aos pacotes: em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote, materiais previstos, já com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicações e orientações específicas: Os critérios de indicação dos procedimentos ou da escolha de uma técnica aceitos pelo Planserv são habitualmente os mesmos padronizados pelas sociedades das especialidades ou órgãos colegiados afins. Em situações específicas, o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada valor referencial definido;
- Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico:
 - **Dois Valores Referenciais – Sem Associação:** Quando houver mais de um procedimento (ou mesmo bilateralidade), onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), o Planserv avaliará a possibilidade de manter a autorização por pacote, promovendo um desconto no segundo pacote. NOTA: Em hipótese nenhuma poderão ser cobrados integralmente os dois pacotes, pois estaria se pagando em duplicidade os itens de interseção entre ambos (diárias, taxas de sala, medicamentos, etc.). Também não pode ser aplicada a esta situação a proporcionalização de 70% ou 50% (utilizada na tabela AMB para procedimentos de mesma via de acesso ou vias de acessos diferentes), pois neste caso não estão sendo avaliados apenas os honorários médicos, mas sim um conjunto de elementos que compõem a internação. Na impossibilidade de manter o formato de pacote, o Planserv poderá autorizar os procedimentos em formato de conta aberta;
 - **Dois Valores Referenciais, um Completo e um Associado:** Em situações específicas o Planserv publica Valores Referenciais com o propósito de serem autorizados complementarmente a outros, exemplos: Nas neurocirurgias como “Tratamento do Hematoma Craniano” ou “Tratamento de Tumores Cerebrais”, são comuns a realização

- conjunta da instalação de “DVE – Drenagem Ventrículo-peritoneal” e “PIC - Instalação de cateter Intra-craniano” , nestes casos o Planserv elaborou Valores Referenciais “Procedimento-Associado”, com a finalidade de serem autorizados de forma complementar aos procedimentos principais. Nestas situações o prestador deve cobrar ambos os pacotes de forma integral (o principal e o associado);
- **Valor Referencial + Procedimento AMB:** Quando houver mais de um procedimento, mas apenas um deles estiver previsto como valor referencial, o prestador poderá cobrar o valor referencial para o procedimento previsto e para o procedimento não previsto poderá ser cobrado adicional ou complementar ao pacote (na mesma conta) o honorário médico conforme tabela Planserv (AMB 92) e os OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso haja muitos elementos incomuns aos procedimentos, dificultando a identificação dos itens que poderão ser cobrados complementarmente, o Planserv poderá optar por não manter o pacote e autorizar ambos os procedimentos em formato de conta aberta.
 - Pacientes com alta antes de completar o período previsto no pacote (sem intercorrências), o prestador poderá cobrar o valor integral do mesmo, não devendo ser descontado pela auditoria as diárias não utilizadas;
 - Pacientes com altas após o período de diárias previstas no pacote (sem que tenha havido intercorrências), o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote;
 - Os prestadores não poderão solicitar autorização ou realizar cobrança de valores referenciais por analogia para um procedimento que não tem previsto um valor referencial. Situações de similaridade e analogia devem ser avisadas e analisadas previamente pelo Planserv.
- **CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:** Com o propósito de criar ferramentas que permitam a remuneração dos honorários médicos por suas respectivas empresas credenciadas, fez-se necessário promover uma estruturação diferenciada na codificação dos valores referenciais. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:
- O **último dígito** de cada valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial e guarda relação com a Classificação Hospitalar da Tabela Sintética, sendo:
 - A classificação de hospitais segue: Dígito 1 para os hospitais Classe A; 2 para os hospitais Classe B; 3 para os hospitais Classe C; 4 para os hospitais Classe D; 5 para os hospitais Classe E e finalmente 6 para os hospitais Classe F. Esta regra se aplica mesmo para os prestadores que ainda não estão utilizando a Tabela Sintética;
 - Quando a cobrança for realizada por prestador não hospitalar, mas sim para as cobranças de honorários médicos da equipe cirúrgica e dos honorários de anestesiologia, o último dígito deverá ser 9 para os honorários da equipe cirúrgica e 8 para honorários de anestesiolegista (isto se faz necessário porque a pessoa jurídica de anestesiologia e da equipe cirúrgica não são objeto de classificação);
 - Valores referenciais com valor único para qualquer classe hospitalar ou mesmo para unidades não hospitalares terão como último dígito o “ZERO”.

○ **A OPERACIONALIZAÇÃO:**

- As Autorizações Prévias (APs) serão sempre autorizadas para o CNPJ do Hospital ou prestador de serviço onde o procedimento será executado;
- A solicitação de autorização deve ser encaminhada ao Planserv identificando claramente qual será o CNPJ para cada segmento do valor referencial, conforme exemplo abaixo:

Exemplo (fictício):

O procedimento de HÉRNIA CERVICAL-TRATAMENTO CIRÚRGICO será realizado por um neurocirurgião que tem credenciamento de sua pessoa jurídica juntamente ao Planserv num hospital de classe B (2), cuja equipe de anestesiologia tem cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

84.90.310-2	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
84.90.310-8	CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
84.90.310-9	CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (último dígito igual a 2) para o CNPJ do hospital; Já o segundo código que trata do honorário de anestesiologia (último dígito 8) será creditado para a Cooperativa de anestesiologia; enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (último dígito 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica.

NOTA: Se no mesmo exemplo acima, não for informado o CNPJ do neurocirurgião ou da cooperativa de anestesiologia, o Planserv autorizará todos os três códigos para o CNPJ do hospital (ver exemplo abaixo), e neste caso o repasse do honorário médico será da inteira responsabilidade do hospital.

84.90.310-2	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte do Hospital)
84.90.310-8	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesiologia)
84.90.310-9	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Cirúrgicos)

- Desta forma, toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará por erros no preenchimento das solicitações;
- Solicitações com campos de equipe cirúrgica e/ou anestesiologia em branco ou ilegível, a autorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo referido);
- O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito variando de 1 a 6) será sempre autorizado para o CNPJ do hospital (CNPJ da AP);
- As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a AP não poderá mais ser alterada;
- O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderá ser realizado através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica **CRENCIADA** ao Planserv e responsável pelo procedimento.
 - Observação 1: Caso a equipe médica não tenha pessoa jurídica credenciada ao Planserv, a mesma não poderá realizar a cobrança diretamente ao Planserv. Neste caso, o código correspondente a estes honorários será autorizado para o CNPJ do hospital e este se responsabilizará pelo repasse dos honorários ao profissional;

- Observação 2: Não poderá ser autorizado o código referente aos honorários da equipe cirúrgica para um CNPJ de um profissional outro, que não faça parte da equipe cirúrgica e que não tenha participado do ato operatório;
- Observação 3: O valor da equipe médica cirúrgica (Cirurgião e auxiliares) será autorizado em bloco para um único CNPJ. O Planserv não segmentará a autorização dos honorários médicos cirúrgicos (cirurgião separado de cada auxiliar). O repasse dos honorários de cada membro da equipe é da total responsabilidade do representante legal da pessoa jurídica que efetuou a cobrança destes honorários ao Planserv;
- Observação 4: As equipes médicas ainda não credenciadas ao Planserv poderão solicitar credenciamento conforme os padrões dos editais de credenciamento publicados pelo Planserv;
- Observação 5: Depois de credenciadas, as equipes poderão encaminhar as novas solicitações apontando o CNPJ de sua empresa credenciada. Autorizações já emitidas não poderão ser corrigidas retroativamente;
- Observação 6: Uma vez credenciadas, as equipes devem solicitar ao Planserv a habilitação destes pacotes em seu cadastro, demonstrando aceitação dos mesmos. A pessoa jurídica credenciada que não tem em seu cadastro o lançamento de um pacote, não conseguirá cobrá-lo.

9. INFORMAÇÕES TÉCNICAS:

Considerando as peculiaridades destes valores referenciais; Considerando ainda que o entendimento, ainda que superficial, da especialidade de neurocirurgia, é de difícil domínio para as demais especialidades médicas, em particular os médicos autorizadores e auditores (sejam da operadora ou do hospital); Entendemos que cabem alguns comentários sobre as informações técnicas, ainda que superficial, sobre a anatomia da coluna e os procedimentos cirúrgicos descritos neste documento.

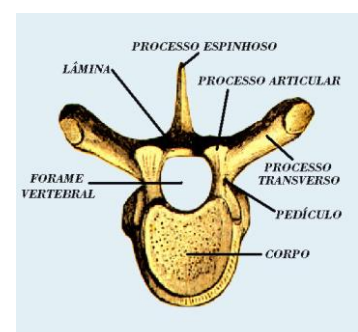
Vale salientar que nosso propósito é apenas contextualizar o cenário no qual se aplicarão estes valores referenciais, dando uma visão técnica genérica e superficial aos profissionais (não cirurgiões de coluna) que lidam com processos administrativos, desde a autorização até a cobrança destes pacotes. Não é nossa pretensão definir conceitos técnicos ou fazer revisões sistemáticas sobre o assunto, e certamente muitos dos termos e afirmações utilizados neste documento não necessariamente cumprem o rigor acadêmico. Recomendamos e utilizamos como referência técnica para os procedimentos de coluna contemplados neste documento, as Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Neurocirurgia e Ortopedia e estudos clínicos lastreados em medicina baseada em evidência.

NOÇÕES BÁSICAS EM NEUROANATOMIA:

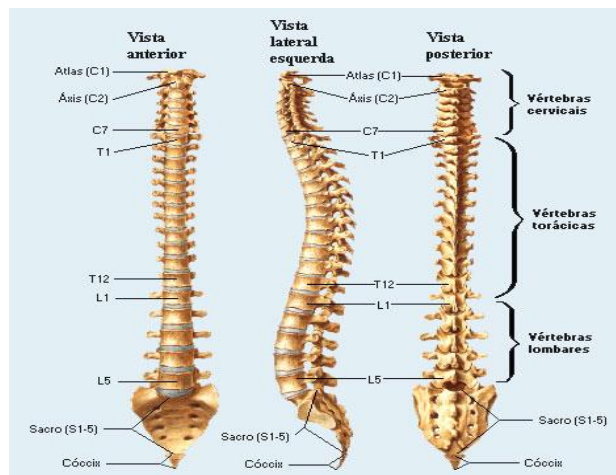
ANATOMIA DA COLUNA:

A coluna é formada de 33 vértebras: Sendo 7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 coccígeas, sendo que a 1ª. Vértebra coccígea, um pouco mais volumosa, se articula com o ápice do sacro através de um disco intervertebral rudimentar. Todas as vértebras apresentam sete elementos básicos:

1. Corpo: É a maior parte da vértebra. É único e mediano e está voltado para frente. É representado por um segmento cilindro, apresentando uma face superior e outra inferior. Tem função de sustentação;

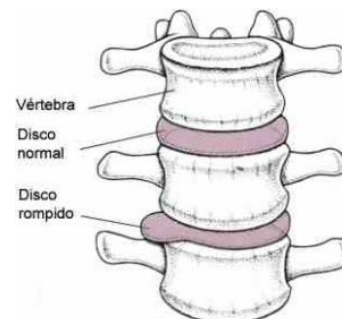
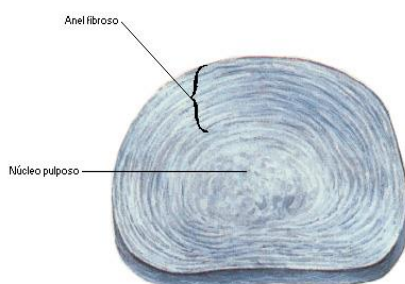


2. **Processo Espinhoso:** É a parte do arco ósseo que se situa medialmente e posteriormente. Tem função de movimentação;
3. **Processo Transverso:** São dois prolongamento laterais, direito e esquerdo, que se projetam transversalmente de cada lado do ponto de união do pedículo com a lâmina. Tem função de movimentação;
4. **Processos Articulares:** São em número de quatro, dois superiores e dois inferiores. São saliências que se destinam à articulação das vértebras entre si;
5. **Lâminas:** São duas lâminas, uma direita e outra esquerda, que ligam o processo espinhoso ao processo transverso e tem função de proteção;
6. **Pedículos:** São partes mais estreitadas, que ligam o processo transverso ao corpo vertebral e tem função de proteção;
7. **Forame Vertebral:** Situado posteriormente ao corpo e limitado lateral e posteriormente pelo arco ósseo. Também tem função de proteção.



Entre os corpos de duas vértebras adjacentes, desde a segunda vértebra cervical até o sacro, existem os discos intervertebrais. São constituídos por um disco fibroso periférico composto

por tecido fibrocartilaginoso, chamado anel fibroso, e por uma substância interna, elástica e macia, chamada núcleo pulposo. Estes discos formam fortes articulações, permitem vários movimentos da coluna vertebral e absorvem os impactos.



CIRURGIA DE HÉRNIA DISCAL CERVICAL

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

A hérnia discal cervical é uma patologia que faz parte do quadro de degeneração da coluna, tendo sua origem ligada ao desgaste das estruturas do disco. Hérnias discais cervicais assintomáticas estão presentes em pelo menos 25% das pessoas com mais de 50 anos. Do ponto de vista anatômico, as hérnias cervicais são muito semelhantes às da região lombar, ou seja, tratam-se de fragmentos do disco intervertebral que se deslocam devido a rupturas ocorridas na periferia do disco, podendo comprimir as estruturas nervosas próximas. Os sintomas das hérnias cervicais, porém, são muito diferentes daqueles das hérnias lombares, pois sua localização na parte mais alta da coluna faz com elas atinjam nervos com distribuições bem distintas. Os discos cervicais, além de estarem muito próximos das raízes dos nervos que vão se distribuir no território dos braços, também estão em contato com a medula cervical, que é tronco nervoso principal, em

continuidade direta com o cérebro, de onde se origina a inervação de todas as partes do corpo do pescoço para baixo. Assim, as hérnias cervicais podem provocar sintomas não só de compressão dos nervos, mas também de compressão da própria medula.

As hérnias cervicais podem ser responsáveis por três tipos principais de sintomas: cervicalgia, braquialgia, e mielopatia. A mielopatia é o quadro provocado pela compressão da medula cervical. Nem todas as hérnias cervicais comprimem a medula, apenas aquelas de tamanho maior, e que se deslocam para a parte mais central do canal. A mielopatia é um sinal bem mais grave que a dor cervical ou a braquialgia, e sua existência significa sofrimento do tronco nervoso principal daquela região, existindo risco de lesões definitivas, irreversíveis, que podem comprometer os movimentos e a sensibilidade de todo o corpo do pescoço para baixo, deixando seqüelas muito graves. É raro que a mielopatia se estabeleça de modo repentino, via de regra ela se instala de maneira lentamente progressiva, no decorrer de meses ou anos. O quadro mais comum é de dificuldade para caminhar, com rigidez e aumento dos movimentos reflexos das pernas, acompanhada de alguma fraqueza dos braços.

A cervicalgia e a braquialgia são sintomas dolorosos que podem provocar grandes limitações, porém costumam ser de natureza limitada e benigna, apresentando riscos apenas ocasionais de lesão neurológica. Com a mielopatia é diferente. Devido ao risco de seqüelas, ela é um sintoma preocupante, e uma indicação para que se pense em tratamento cirúrgico de maneira mais rápida.

O tratamento inicial da hérnia de disco cervical deve ser clínico, reservando-se a cirurgia para os casos em que os pacientes não melhoram. Apenas nos casos de mielopatia ou dor incontornável, a cirurgia deve ser o tratamento inicial. O tratamento clínico consiste no uso de medicações para controle da dor, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, acompanhados de fisioterapia e adequação nas atividades físicas diárias.

O tratamento cirúrgico consiste na retirada da hérnia, liberando as estruturas nervosas da compressão que estão sofrendo. Existem várias técnicas cirúrgicas, com abordagens pela frente ou por trás, mas a cirurgia mais utilizada em nosso meio é a discectomia e artrodese por via anterior. Nesta técnica, a coluna é abordada por um pequeno corte, realizado na parte anterior do pescoço. O disco cervical doente é localizado e retirado, junto com a hérnia, havendo descompressão dos nervos e da medula. O espaço deixado pela retirada do disco é preenchido pela colocação de enxerto ósseo, acompanhado ou não de um implante de metal ou plástico, que serve para fixar as vértebras. Com o tempo, o enxerto de osso promoverá uma união entre as vértebras, evitando movimento e impedindo o retorno da compressão. Outras técnicas utilizadas são a discectomia anterior simples, em que o disco é retirado da mesma forma, mas não se utiliza nenhum enxerto ou implante no local, e a cirurgia por via posterior, em que o corte é feito na parte de trás do pescoço.

Os resultados da cirurgia de hérnia discal cervical costumam ser bons. Nos casos de cervicobraquialgia, a descompressão dos nervos costuma trazer alívio da dor na grande maioria dos casos. Na mielopatia, os resultados da cirurgia dependem muito do estágio da lesão da medula: o tratamento precoce costuma ter resultados melhores, mas nos casos de sintomatologia muito avançada, com dificuldade grande para caminhar, ou prolongada, com mais de 6 meses de duração, a melhora pode ser muito pequena. As cirurgias realizadas quando o sintoma é apenas dor cervical, sem braquialgia ou mielopatia, tem resultados muito incertos, devendo ser realizadas apenas em casos especiais.

CIRURGIA DE HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Estudos epidemiológicos mostram que 80% das pessoas apresentarão queixa de lombalgia em algum momento da vida. Entretanto, a maioria dos pacientes evolui para a resolução dos sintomas e cerca de 2% deles complicam com cialgia, em razão de transtorno degenerativo do disco intervertebral.

O rompimento do anel fibroso leva à formação da hérnia lombar. O processo inflamatório e o fragmento do disco intervertebral adjacente à raiz nervosa lombar resultam em lombociatalgia.

A grande maioria dos pacientes acometidos de hérnia discal lombar apresenta resposta, em graus variáveis, ao tratamento conservador. Entretanto, o tratamento cirúrgico está indicado nos seguintes casos:

- Indicação absoluta:
 - Síndrome da cauda equina.
- Indicações relativas:
 - Dor ciática intratável por medidas conservadoras por período de 06 a 12 semanas;
 - Parestesia no dermatomo correspondente ao nível da hérnia de disco lombar;
 - Alterações motoras relacionadas à raiz nervosa comprimida pela hérnia de disco lombar;
 - Lombociatalgia resistente ao tratamento conservador por um período superior a 12 semanas.

No tratamento cirúrgico da hérnia lombar, o resultado funcional a médio e longo prazo comparando a discectomia clássica, a microdiscectomia e a discectomia endoscópica minimamente invasiva mostra que não existe diferença entre a microdiscectomia e a discectomia clássica posterior em relação à queixa de cialgia. Observa-se diferença quanto ao sangramento, tempo de hospitalização e lombalgia pós operatória em favor da microdiscectomia, que podem não ter relevância clínica para o paciente a médio e a longo prazo. A técnica minimamente invasiva percutânea endoscópica e a microdiscectomia levam a resultados similares do ponto de vista funcional e da qualidade de vida do paciente.

Apesar das técnicas minimamente invasivas mostrarem menor sangramento, morbidade e tempo de internação, esta diferença tem relevância clínica questionável.

DESCOMPRESSÃO MEDULAR INFORMAÇÕES TÉCNICAS

O canal medular é um tubo formado pelas vértebras e discos vertebrais onde se localiza a medula espinhal. Esta é formada pelas vias neurais que irão dar origem aos nervos periféricos. Qualquer lesão que afete a medula causará sinais e sintomas neurológicos, tais como dor, dormência, formigamento ou perda de força motora. A estenose do canal medular pode ser congênita ou causada pelos processos degenerativos comuns ao envelhecimento. Pode ocorrer em qualquer segmento da coluna, porém, mais comumente, acomete a região lombar, caracterizando-se por dor lombar com irradiação para os membros inferiores, associada à alteração da sensibilidade e diminuição da força muscular. O tratamento cirúrgico de descompressão medular está indicado naqueles pacientes que não apresentam resposta ao tratamento conservador, tais como fisioterapia, antiinflamatórios e injeções/infiltrações peridurais. Existe uma variedade de técnicas para descompressão, porém o objetivo comum é liberar as estruturas nervosas pela remoção de partes do osso, discos, ligamentos e/ou articulações. A técnica tradicional, aberta, ainda é a mais utilizada e é comum a necessidade de artrodese associada.

ARTRODESE

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Uma artrodese é uma cirurgia que fixa vértebras vizinhas com uma ponte de osso (enxerto) ou com utilização de instrumentais, mantendo-as alinhadas, estáveis e fortes. A restrição de movimentos em determinados segmentos da coluna pode promover alívio dos sintomas decorrentes da instabilidade, da degeneração discal ou articular e da irritação das raízes nervosas. Pode ser indicada nos seguintes casos:

- Espodilolistese;
- Discopatias dolorosas;
- Hérnia discal recidivante;
- Trauma;
- Tumores.

Na maioria das artrodeses instrumentais é feita colocação de materiais de fixação, como parafusos de titânio ou espaçadores, para aumentar os índices de sucesso da fusão óssea. Embora a artrodese limite a mobilidade da coluna, a maioria dos pacientes consegue realizar todos os movimentos necessários no dia a dia.

O fator preponderante para indicação da artrodese é a instabilidade do segmento vertebral. Esta pode ser pré-existente, como no caso da espondilolistese (congenita, traumática ou degenerativa), ou resultante do próprio tratamento cirúrgico da patologia da coluna. Por exemplo, em pacientes com estenose ou estreitamento do canal, seja esta de origem ligamentar, tumoral, óssea ou degenerativa, há necessidade de grande ressecção de elementos da coluna para descompressão da medula ou cauda equina, atingindo geralmente as facetas articulares, o que leva à instabilidade, tornando a artrodese necessária.

Além do enxerto ósseo, poderá ser necessário para a realização da artrodese, o uso dos dispositivos interssomáticos (cages). Eles tem tamanho e formas variadas, o que proporciona um encaixe entre as vértebras, respeitando a curva anatômica e restaurando a altura normal do espaço inter-vertebral. O presente valor referencial não contempla tais dispositivos, entretanto, o Planserv poderá liberá-los em algumas condições de forma complementar, quando houver justificada indicação técnica.

Quanto aos sistemas de fixação dinâmica, também utilizados nas artrodeses de coluna, após duas revisões da literatura não encontramos estudos com nível de evidência satisfatório, que demonstrasse desfecho final superior à fixação convencional. Considerando que os custos destes dispositivos são bem superiores à fixação convencional, e considerando ainda o princípio da economicidade na administração pública, na qual estamos inseridos, o Planserv definiu pela não incorporação desta tecnologia, até que novos estudos possam demonstrar sua superioridade e eficácia.

Na elaboração destes valores referenciais, conforme será visto adiante, foram contemplados os códigos referentes à "Hérnia Discal Cervical e/ou Descompressão Cervical com Artrodese até 2 níveis, com ou sem instrumental" e "Hérnia Discal Tóraco-Lombar e/ou Descompressão Tóraco-Lombar com Artrodese até 2 níveis, com ou sem instrumental". Caso a artrodese seja realizada com o uso de instrumental, deverá ser solicitado, em complemento a estes, o código correspondente ao Kit para instrumentação cervical ou ao Kit para instrumentação tóraco-lombar, conforme o caso (pág. 30).

Os procedimentos realizados em associação com artrodese (ex. hérnias discais, descompressão medular) já contemplam até 02 níveis da coluna. Caso haja necessidade de artrodese em mais de 02 níveis, deverá ser cobrado, complementarmente, o código de Artrodese com Instrumental por segmento adicional da coluna - Procedimento Associado (discriminado na página 29), sendo que este já inclui o instrumental adicional necessário para realização do procedimento.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	HÉRNIA DISCAL CERVICAL E/OU DESCOMPRESSÃO CERVICAL COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS – COM OU SEM INSTRUMENTAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.90.310-X	84.90.310-9	84.90.310-8

DIÁRIAS

UTI	1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	5
------------	---	----------------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico (1º nível)	10C	100	2	5
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento (1º nível)	10B	50	2	6
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico (2º nível)	10C	50	2	5
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento (2º nível)	10B	50	2	6
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina (1º nível)	9C	50	2	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina (2º nível)	9C	50	2	5

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Intensivista, Fisioterapia Intensiva e não intensiva, Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 6, microscópio cirúrgico, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este valor referencial não contempla OPME;
- **Caso seja necessário o uso de instrumental, deverá ser cobrado, além deste, o código referente ao "Kit" para instrumentação cervical até 2 níveis (descrito na página 30).**

OBSº

- Este valor referencial e o Kit para instrumentação cervical não contemplam a utilização do cage. Caso o uso deste material seja necessário, deverá ser encaminhado relatório médico com justificativa, podendo ser liberados até 02 cages (um para cada segmento discal), no valor unitário de R\$ 2.250,00;
- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula líquórica (1ml – R\$ 448,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HÉRNIA DISCAL CERVICAL E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR CERVICAL COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	7.624,32	7.833,82	8.196,82	8.527,32	10.381,58
Honorários Médicos da Equipe	5.842,49	5.842,49	5.842,49	5.842,49	5.842,49
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.866,38	2.907,58	2.948,38	2.989,58	3.010,38
3º Dia Internação	2.149,78	2.180,68	2.211,28	2.242,18	2.257,78
4º Dia Internação	1.433,19	1.453,79	1.474,19	1.494,79	1.505,19
5º Dia Internação	716,59	726,89	737,09	747,39	752,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR ATÉ 02 NÍVEIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM ARTRODESE	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.90.312-X	84.90.312-9	84.90.312-8

DIÁRIAS

UTI	1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	4
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodados em apartamentos.
- Independente do plano do paciente estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico (1º nível)	9C	100%	1	5
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico (2º nível)	9C	50%	1	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda eqüina (1º nível)	9C	50%	2	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda eqüina (2º nível)	9C	50%	2	5

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Fisioterapia, Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 5, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 5, microscópio cirúrgico, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este Valor Referencial não contempla OPME.

OBSº

- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula líquórica (1ml – R\$ 448,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HÉRNIA DISCAL LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR ATÉ 02 NÍVEIS SEM ARTRODESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	7.020,84	7.207,04	7.480,84	7.755,04	9.479,81
Honorários Médicos da Equipe	2.982,88	2.982,88	2.982,88	2.982,88	2.982,88
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	AbreVR	AbreVR	AbreVR	AbreVR	AbreVR
2º Dia Internação	2.414,03	2.444,93	2.475,53	2.506,43	2.522,03
3º Dia Internação	1.609,35	1.629,95	1.650,35	1.670,95	1.681,35
4º Dia Internação	804,68	814,98	825,18	835,48	840,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	CIRURGIA DA HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR TÓRACOLOMBAR COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS – COM OU SEM INSTRUMENTAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.90.309-X	84.90.309-9	84.90.309-8

DIÁRIAS

UTI	2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	5
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodados em apartamento;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento (1º Nível)	10B	100	2	6
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico (1º Nível)	9C	50	1	5
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento (2º Nível)	10B	50	2	6
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico (2º Nível)	9C	50	1	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda eqüina (1º Nível)	9C	50	2	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda eqüina (2º Nível)	9C	50	2	5

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 6, microscópio cirúrgico, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este valor referencial não contempla OPME;
- **Caso seja necessário o uso de instrumental, deverá ser cobrado, além deste, o código referente ao "Kit" para instrumentação tóraco-lombar até 2 níveis (descrito na página 30).**

OBSº

- Este valor referencial e o kit para instrumentação tóraco-lombar não contemplam a utilização do cage. Caso o uso deste material seja necessário, deverá ser encaminhado relatório médico com justificativa, podendo ser liberados até 02 cages (um para cada segmento discal), no valor unitário de R\$ 2.250,00;
- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula liquórica. (1ml – R\$ 448,00)

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

CIRURGIA DA HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR TÓRACO-LOMBAR COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS – COM OU SEM INSTRUMENTAL

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	10.951,31	11.318,81	11.839,81	12.328,31	15.180,37
Honorários Médicos da Equipe	5.145,89	5.145,89	5.145,89	5.145,89	5.145,89
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	3.210,35	3.261,85	3.312,85	3.364,35	3.390,35
3º Dia Internação	2.568,28	2.609,48	2.650,28	2.691,48	2.712,28
4º Dia Internação	1.926,21	1.957,11	1.987,71	2.018,61	2.034,21
5º Dia Internação	1.284,14	1.304,74	1.325,14	1.345,74	1.356,14
6º Dia Internação	642,07	652,37	662,57	672,87	678,07

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL - OSTEOTOMIA/ARTRODESE	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.20.116-X	85.20.116-9	85.20.116-8

DIÁRIAS

UTI	1	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	4
------------	---	----------------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.02-4	Artrodese via anterior ou póstero-lateral	10B	100	2	6
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C	50	2	5
3.07.15.19-9	Laminectomia por segmento (aracnoidite, abscesso epidural)	9C	50	2	5

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 6, microscópio cirúrgico, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: enxerto ósseo, parafusos de titânio e placa cervical anterior.

OBSº

- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula liquórica (1ml – R\$ 448,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL-OSTEOTOMIA/ARTRODESE

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	16.153,20	16.352,40	16.705,20	17.025,40	20.633,04
Honorários Médicos da Equipe	3.081,88	3.081,88	3.081,88	3.081,88	3.081,88
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto / Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	2.553,57	2.584,47	2.615,07	2.645,97	2.661,57
3º Dia Internação	1.702,38	1.722,98	1.743,38	1.763,98	1.774,38
4º Dia Internação	851,19	861,49	871,69	881,99	887,19

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	HÉRNIA DISCAL CERVICAL TRAUMÁTICA-LUXAÇÃO FACETÁRIA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.90.391-X	84.90.391-9	84.90.391-8

DIÁRIAS

UTI	2	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	6
------------	---	----------------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Independente do plano do paciente estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular	11B	100	2	6
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	10C	50	2	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C	50	2	5
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C	50	2	5
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento	10B	50	2	6
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento	10B	50	2	6

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 6, microscópio cirúrgico, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles: enxerto ósseo (10g), 06 parafusos de titânio e 01 placa cervical anterior.

OBSº

- Este pacote contempla uma placa cervical anterior, entretanto, eventualmente, o cirurgião pode realizar uma abordagem por via posterior. Nestes casos serão utilizadas 02 placas cervicais de massa lateral (considerando que o pacote já contempla o valor de uma placa cervical anterior, deverá ser liberado apenas 01 placa cervical de massa lateral no valor de R\$ 2.965,25);
- Nos casos eventuais em que for necessária a realização de corpectomia, poderá ser liberado 01 cage para corpectomia, no valor unitário de R\$ 4.887,50;
- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula liquórica (1ml – R\$ 448,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

HÉRNIA DISCAL CERVICAL TRAUMÁTICA-LUXAÇÃO FACETÁRIA

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	17.871,91	18.249,71	18.780,91	19.279,71	23.528,29
Honorários Médicos da Equipe	6.136,51	6.136,51	6.136,51	6.136,51	6.136,51
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2ºDia Internação	3.545,70	3.607,50	3.668,70	3.730,50	3.761,70
3ºDia Internação	2.954,75	3.006,25	3.057,25	3.108,75	3.134,75
4ºDia Internação	2.363,80	2.405,00	2.445,80	2.487,00	2.507,80
5ºDia Internação	1.772,85	1.803,75	1.834,35	1.865,25	1.880,85
6ºDia Internação	1.181,90	1.202,50	1.222,90	1.243,50	1.253,90
7ºDia Internação	590,95	601,25	611,45	621,75	626,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.20.143-X	85.20.143-9	85.20.143-8

DIÁRIAS

UTI	3	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	5
------------	---	----------------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos;
- Independente do plano do paciente, estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	10B	100	2	5
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento	10B	50	2	6
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento	10B	50	2	6
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C	50	2	5
3.07.15.19-9	Laminectomia por segmento (aracnoidite, abscesso epidural)	9C	50	2	5

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial, entre eles: Plantão de Intensivista (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva e não intensiva (24 e 12 hs – Conforme Tabela Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X e RNM).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala de Cirurgia Porte 6, Taxa de Sala de Cirurgia Complementar Porte 6, microscópio cirúrgico, respirador, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive hemostáticos, cotonóides, cera de osso, etc;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente ao valor do pacote, salvo em condições previstas;
- O cálculo de valor para estes insumos levou em consideração a média histórica e um gabarito de insumos, e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este procedimento poderá ser realizado tanto para o segmento CERVICAL como para o segmento TÓRACO-LOMBAR. Para composição dos OPMEs deste valor referencial, consideramos o segmento Tóraco-lombar, pois, além de ser o mais freqüente, o conjunto de OPME da artrodese deste segmento foi precificado com o valor de R\$ 10.400,00, enquanto que o conjunto de OPME da artrodese do segmento CERVICAL tem preço de R\$ 7.338,60. Acrescemos ao total de OPME, o valor referente ao cage para corpectomia;
- Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles:
 - Para o segmento TÓRACO-LOMBAR: Enxerto ósseo (10g), 06 parafusos de titânio, 01 haste transversal (Cross Link), 02 hastes ou barras verticais e 01 cage para corpectomia;
 - Para o segmento CERVICAL: Enxerto ósseo (10g), 06 parafusos de titânio, 01 placa cervical e 01 cage para corpectomia.

OBSº

- A cola cirúrgica poderá ser liberada excepcionalmente, com autorização prévia, nas situações de reoperação e/ou presença de fístula líquórica (1ml – R\$ 448,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL – TRATAMENTO CIRÚRGICO

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	26.007,78	26.533,28	27.212,28	27.858,78	33.994,54
Honorários Médicos da Equipe	4.306,50	4.306,50	4.306,50	4.306,50	4.306,50
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento;
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – “ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS”) com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto:

Tabela de Desconto/Dia Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2ºDia Internação	5.780,09	6.055,59	6.330,59	6.606,09	6.836,09
3ºDia Internação	4.293,20	4.456,70	4.619,70	4.783,20	4.911,20
4ºDia Internação	2.245,05	2.286,25	2.327,05	2.368,25	2.389,05
5ºDia Internação	1.683,79	1.714,69	1.745,29	1.776,19	1.791,79
6ºDia Internação	1.122,52	1.143,12	1.163,52	1.184,12	1.194,52
7ºDia Internação	561,26	571,56	581,76	592,06	597,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	Proc. Associado – ARTRODESE COM INSTRUMENTAL POR SEGMENTO ADICIONAL DA COLUNA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código-Honorários Cirúrgicos	Códigos-Honorários de Anestesiologia
85.20.102-X	85.20.102-9	85.20.102-8

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna c/ instrumentação por segmento	10B	50	2	6

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram contemplados em 50%, uma vez que este procedimento será realizado juntamente com outros de mesma via de acesso cirúrgico (Normas da AMB);
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).

OPME

- O pacote contempla enxerto ósseo, parafusos e barras ou conectores;
- O OPME foi precificado com base no valor de compra + taxa de comercialização;
- A artrodese complementar aos 2 níveis também pode necessitar de um cage para cada espaço discal. Quando isto ocorrer, o Planserv autorizará um cage no valor de R\$ 2.250,00 para cada espaço que se faça necessário.

OBSº

- Este Valor Referencial tem como objetivo contemplar o conjunto de Honorários e OPMEs estritamente relacionados com o procedimento "Artrodese da Coluna", quando mais de 2 níveis forem abordados;
- Quando necessário a realização de Artrodese da Coluna em mais de 02 níveis juntamente com outros procedimentos (Tratamento cirúrgico de Hérnia Discal, Descompressão Medular, Mielopatia etc.), o prestador poderá solicitar os dois pacotes, sendo o pacote principal (referente ao tratamento da Hérnia discal, Mielopatia, etc.) e este pacote de procedimento complementar, que poderá ser solicitado para cada nível de artrodese excedente aos 02 já contemplados nos pacotes principais;
- Considerando que este valor referencial só será autorizado na ocorrência concomitante de outros, foram excluídos os itens de interseção, como diárias, medicamentos e SADT.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Proc. Associado – ARTRODESE COM INSTRUMENTAL POR SEGMENTO ADICIONAL COLUNA

SEGMENTO	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.130,71	2.130,71	2.144,71	2.155,71	2.586,85
Honorários Médicos da Equipe	752,40	752,40	752,40	752,40	752,40
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE				

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO CERVICAL ATÉ 2 NÍVEIS	
CÓDIGO	84.90.392-0
VALOR	7.338,60
OPME	
<ul style="list-style-type: none"> • Contempla os seguintes materiais: 01 placa cervical anterior, 06 parafusos de titânio e 10g de enxerto ósseo; • Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização. 	
OBSº	
<ul style="list-style-type: none"> • Este Valor Referencial tem como objetivo contemplar o conjunto de materiais necessários para instrumentação do segmento cervical e somente poderá ser cobrado associado ao Valor Referencial "Hérnia Discal Cervical e/ou Descompressão Cervical com Artrodese até 2 níveis, com ou sem instrumental", quando houver necessidade do uso de instrumental em até dois segmentos da coluna. 	

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO TÓRACO-LOMBAR ATÉ 2 NÍVEIS	
CÓDIGO	84.90.393-0
VALOR	10.400,00
OPME	
<ul style="list-style-type: none"> • Contempla os seguintes materiais: 02 hastes longitudinais, 01 barra transversal (Cross-Link), 06 parafusos de titânio e 10g de enxerto ósseo; • Todos os OPMEs foram precificados com base no valor de compra + taxa de comercialização. 	
OBSº	
<ul style="list-style-type: none"> • Este Valor Referencial tem como objetivo contemplar o conjunto de materiais necessários para instrumentação do segmento tóraco-lombar e somente poderá ser cobrado associado ao Valor Referencial "Hérnia Discal Tóraco-Lombar e/ou Descompressão Tóraco-Lombar com Artrodese até 2 níveis, com ou sem instrumental", quando houver necessidade do uso de instrumental em até dois segmentos da coluna. 	

10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A
HÉRNIA DISCAL CERVICAL E/OU DESCOMPRESSÃO CERVICAL COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS, COM OU SEM INSTRUMENTAL	84.90.310-9	84.90.310-8	84.90.310-5	84.90.310-4	84.90.310-3	84.90.310-2	84.90.310-1
	5.842,49	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	7.624,32	7.833,82	8.196,82	8.527,32	10.381,58
HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO MEDULAR ATÉ 02 NÍVEIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM ARTRODESE	84.90.312-9	84.90.312-8	84.90.312-5	84.90.312-4	84.90.312-3	84.90.312-2	84.90.312-1
	2.982,88	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	7.020,84	7.207,04	7.480,84	7.755,04	9.479,81
HÉRNIA DISCAL TÓRACO-LOMBAR E/OU DESCOMPRESSÃO TÓRACOLOMBAR COM ARTRODESE ATÉ 02 NÍVEIS, COM OU SEM INSTRUMENTAL	84.90.309-9	84.90.309-8	84.90.309-5	84.90.309-4	84.90.309-3	84.90.309-2	84.90.309-1
	5.145,89	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	10.951,31	11.318,81	11.839,81	12.328,31	15.180,37
MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL - OSTEOTOMIA/ARTRODESE	85.20.116-9	85.20.116-8	85.20.116-5	85.20.116-4	85.20.116-3	85.20.116-2	85.20.116-1
	3.081,88	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	16.153,20	16.352,40	16.705,20	17.025,40	20.633,04
HÉRNIA DISCAL CERVICAL TRAUMÁTICA-LUXAÇÃO FACETÁRIA	84.90.391-9	84.90.391-8	84.90.391-5	84.90.391-4	84.90.391-3	84.90.391-2	84.90.391-1
	6.136,51	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	17.871,91	18.249,71	18.780,91	19.279,71	23.528,29
TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	85.20.143-9	85.20.143-8	85.20.143-5	85.20.143-4	85.20.143-3	85.20.143-2	85.20.143-1
	4.306,50	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	26.007,78	26.533,28	27.212,28	27.858,78	33.994,54
Proc. Associado – ARTRODESE COM INSTRUMENTAL POR SEGMENTO ADICIONAL DA COLUNA	85.20.102-9	85.20.102-8	85.20.102-5	85.20.102-4	85.20.102-3	85.20.102-2	85.20.102-1
	752,40	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	2.130,71	2.130,71	2.144,71	2.155,71	2.586,85
KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO CERVICAL ATÉ 2 NÍVEIS	-	-	84.90.392-0				
			7.338,60				
KIT PARA INSTRUMENTAÇÃO TÓRACO-LOMBAR ATÉ 2 NÍVEIS	-	-	84.90.393-0				
			10.400,00				