

SETEMBRO
2022

VALOR REFERENCIAL

MASTOLOGIA

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:**

MASTOLOGIA

SETEMBRO 2022

GOVERNADOR DO ESTADO

RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO

EDELVINO DA SILVA GOES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADORA GERAL

MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUAZE

EDIÇÃO - SETEMBRO 2022

EXECUTOR

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

EQUIPE TÉCNICA EXECUTORA - VERSÃO ANTERIOR

NADJA NARA REHEM DE SOUZA

FARMACÊUTICA

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES

MÉDICA

ELABORAÇÃO E ASSESSORIA TÉCNICA – REVISÃO 2021

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO

Elaboração Valor Referencial Procedimento: MASTOLOGIA. 4ª edição.
Salvador: SAEB/CGPS, Setembro 2022.

pág. 33

1. Revisão do Valor Referencial: MASTOLOGIA. PLANSERV

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO	05
2	OBJETIVO	05
3	JUSTIFICATIVA	05
4	MATERIAL E MÉTODOS	06
5	ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS VALORES REFERENCIAIS	06
o	INTERCORRÊNCIAS	07
6	ORIENTAÇÕES SOBRE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS	10
o	MASTECTOMIA PROFILÁTICA	10
o	MASTECTOMIA MASCULINIZADORA	11
o	MAMOTOMIA	12
7	INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS	12
8	ORIENTAÇÕES E SITUAÇÕES CONTROVERSAS	13
9	COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS	15
9.1	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA	15
9.2	MASTECTOMIA SIMPLES	16
9.3	QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ ESVAZI. AXILAR E RECONSTRUCAO RET. CUTANEO	17
9.4	QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ RECONSTRUCAO RET. CUTANEO	18
9.5	EXTIRPAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO ÚNICO	19
9.6	EXTIRPAÇÃO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS	20
9.7	EXTIRPAÇÃO DE 5 OU MAIS NÓDULOS MAMÁRIOS	21
9.8	ESVAZIAMENTO LINFÁTICO AXILAR	22
9.9	LINFONODO SENTINELA - PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT	23
9.10	ROLL PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT	24
9.11	RESSECAÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA - UNILATERAL	25
9.12	EXTIRPAÇÃO DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA	26
9.13	CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA	27
9.14	GINECOMASTIA UNILATERAL	28
9.15	GINECOMASTIA BILATERAL	29
9.16	ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA BILATERAL	30
9.17	ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA UNILATERAL – PROCED. ASSOC.	31
10	QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS	32

VALOR REFERENCIAL EM MASTOLOGIA

1. APRESENTAÇÃO

No contexto atual, com a elevada prevalência do câncer de mama, a especialidade da Mastologia tem ocupado cada vez mais importância.

No Planserv, onde a ocorrência desta neoplasia é bastante elevada, precisamos estar atualizado com as técnicas diagnósticas e terapêuticas no controle da mesma. Por este motivo, desde 2011 já dispunhamos dos Valores Referenciais desta especialidade. Com este documento passamos para a 4ª edição, de revisão e atualização, seguindo o mesmo propósito.

No curso deste documento apresentamos informações técnicas, orientações, situações controversas e as novas técnicas incorporadas, além das atualizações dos Valores Referenciais já existentes.

2. OBJETIVO:

Revisar e atualizar os Valores Referenciais no segmento da especialidade de Mastologia.

3. JUSTIFICATIVA

Na Bahia, o Planserv foi pioneiro em implantar maciçamente o modelo de remuneração de “*Bundles*” (pacotes) para os procedimentos cirúrgicos. Esta estratégia se demonstrou exitosa, por diversos motivos, entre eles:

- 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;
- Ajuda a corrigir distorções do modelo “*Fee For Service*”, onde serviços hospitalares e honorários, são preteridos em comparação aos insumos.

4. MATERIAL E MÉTODO

Mantivemos a metodologia já utilizada no projeto inicial do “Valor Referencial”, onde se determina um valor pré fixado para pagamento do procedimento por evento. Utilizando referências para cada segmento da conta hospitalar (conforme registro abaixo). Considerando que não se trata da elaboração de um novo Valor Referencial, este documento se prestou a revisar e atualizar o documento anterior, utilizando o mesmo, como referência de base. Estes segmentos são:

- 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 Tabela Sintética Planserv, levando em consideração os valores praticados no pacote anterior desta especialidade.
 - NOTA: Concentramos principalmente no segmento “TAXAS”, os ajustes e adequações financeiras em relação aos valores praticados anteriormente.
- Honorários Médicos – CBHPM;
- Materiais e Medicamentos: Valores praticados nos pacotes anteriores da mastologia;
- OPME: Este Valor Referencial não contempla OPME. As próteses mamárias (assim como as reconstruções mamárias) estão contempladas no Valor Referencial da Cirurgia Reparadora.

5. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS VALORES REFERENCIAIS

- Os Valores Referenciais são segmentados por: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários Médicos, Medicamentos, Materiais e OPME;
- Os Valores Referenciais têm mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares estão proporcionalizados de acordo a carteira de planos do Planserv, de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais.
- A quantidade de diária e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
- A valoração dos Honorários Médicos da equipe de Mastologia considerou a CBHPM com Banda Plena, e ainda levou em consideração a proporcionalização de planos especiais (com acomodação em apartamento 20%) e planos básicos (acomodação em enfermaria 80%). Os honorários do anestesiológico não estão registrados neste documento, mas sim no Valor Referencial específico desta especialidade.
- As contas de pacotes não podem ser cobradas juntamente com períodos de conta em formatação 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 interseção dos seguintes itens de inclusão e exclusão:

- Itens de Inclusão:
 - Todos os Valores Referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários a 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 como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia);
 - 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, tão pouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do 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, inclusive no que tange aos honorários (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. Esta tabela subtrai apenas os itens inclusos especificamente nas diárias não utilizadas;
- As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre o prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.);
- Materiais complementares aos pacotes: Em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote alguns materiais, quando isto ocorrer, o próprio documento do Valor Referencial determina em quais condições e e preços;
- Em situações específicas o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada Valor Referencial quando for o caso;
- Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico:
 - **Dois Valores Referenciais – (Não Associados):** 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 estaríamos 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 no Rol do Planserv para procedimentos de mesma via de acesso ou vias de acessos diferentes), pois neste caso não estão sendo remunerados 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 Associados:** Em situações específicas o Planserv publica Valores Referenciais com o propósito de serem cobrados complementarmente. Para estes casos o Planserv registra no título do Valor Referencial, como “PROCEDIMENTO ASSOCIADO” (que pode estar com o título abreviado). Estes “Procedimentos Associados” são elaborados justamente para serem cobrados conjuntamente a outro Valor Referencial principal. Portanto nestas situações o prestador pode cobrar ambos os pacotes de forma integral (o principal e o associado).
 - **Valor Referencial+ Procedimento do Rol Planserv:** 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 por pacote poderá ser cobrado adicional ou complementar ao Valor Referencial (na mesma conta) o honorário médico conforme Rol De Procedimentos do Planserv e os OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso hajam muitos elementos incomuns aos dois 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 alta após o período de diárias previsto 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 compartilhada e analisadas previamente pelo Planserv;
- Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão realizar os procedimentos que prevêem a utilização desta acomodação;
- **CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:** Com o propósito permitir que os honorários médicos possam ser cobrados separadamente da parte hospitalar, cada procedimento formatado em Valor Referencial, apresetam 03 códigos, sendo um para remunera a parte hospitalar, e outros dois para remunerar os honorários do anestesiolgista e da equipe cirúrgica. Desta forma, a codificação dos Valores Referenciais obedece à seguinte lógica:
 - O último dígito de cada Valor Referencial identificará para quem será creditado aquele Valor Referencial, sendo:
 - Quando o último dígito for 9, o código faz referência à remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
 - Quando o último dígito for 8, o código faz referência à remuneração dos honorários de anesthesiologia;
 - Quando o último dígito for 7, o código faz referência à remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).
- **NOTA:** Para que o Planserv credite os valores de cada um destes códigos em seus respectivos credores, é necessário que a guia de autorização e cobrança registre claramente qual empresa

(com nome e CNPJ) será a responsável pela cobrança daquele valor. Caso não ocorra este registro o Planserv creditará estes valores ao CNPJ do prestador principal (Hospital) e este ficará responsável pelo repasse dos honorários aos profissionais.

- O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderão ser faturados através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica CREDENCIADA 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 aos profissionais;
 - 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;

6. ORIENTAÇÕES SOBRE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

A MASTECTOMIA PROFILÁTICA

O conhecimento que mutações genéticas específicas podem aumentar de forma significativa o risco de uma mulher desenvolver o câncer da mama, já está consolidado. Assim como, estudos demonstraram que a cirurgia de MASTECTOMIA PROFILÁTICA poderia reduzir consideravelmente o risco desta mesma paciente, desenvolver o câncer de mama.

Desde a primeira publicação do Valor Referencial de Mastologia (em 2011), o Planserv promoveu encontros com equipes de especialistas locais e consultou formalmente a sociedade da especialidade, na expectativa de normalizar as condições nas quais poderíamos incorporar este procedimento de forma segura. Infelizmente, nem em 2011 na elaboração inicial deste Valor Referencial, assim como na primeira revisão do mesmo em 2014, encontramos subsídios técnicos e lastros legais que pudesse nos fornecer um contexto seguro para a incorporação deste procedimento.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicou nas Diretrizes Técnicas de Utilização (DUT) de 2018, que orienta a cobertura de alguns procedimentos listados no “Rol de Procedimentos com Cobertura Obrigatória pela Operadoras de Planos de Saúde”, um conjunto de critérios que norteiam a cobertura deste procedimento de forma segura. Ainda que o Planserv não seja uma operadora de plano de saúde, e tão pouco está sob a regulação da ANS, acolhemos de forma muito oportuna, e neste Valor Referencial incorporamos este procedimento.

Portanto a partir deste documento o Planserv oferecerá à suas beneficiárias, os seguintes Valores Referenciais:

- ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA BILATERAL (84.70.101-7)
- ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA UNILATERAL – PROCED. ASSOC. (84.70.196-7).

A condição clínica para autorização destes procedimentos será para as usárias que preencherem os seguintes critérios:

Pacientes com mutações patogênicas confirmadas nos genes BRCA1, BRCA2, CDH1, PALB2, PTEN, TP53, mesmo em pacientes assintomáticas, quando indicado pelo médico assistente, e com documento de declaração de conhecimento e responsabilidade assinado pela paciente.

- *Pacientes de alto risco, mas que já tenham sido diagnosticadas com câncer em uma das mamas, poderá ser submetida a mastectomia convencional na mama acometida pela câncer, e em mesmo ato operatório, submeter-se a adenomastectomia profilática na mama contra lateral (Valor Referencial 84.70.196-7 Adenomastectomia Subcutânea Profilática Unilateral – Proced. Assoc).*

Nota: As pacientes submetidas a estas cirurgias, terão asseguradas no mesmo ato da adenomastectomia, ou após a este, a cirurgia de reconstrução mamária, seja com utilização de próteses, retalhos cutâneos musculares ou ambos. Os procedimentos de RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA estão contemplados no Valor Referencial da Cirurgia Reparadora.

MASTECTOMIA MASCULINIZADORA

Registramos que foi objeto de análise da incorporação de tecnologia para este documento, a Mastectomia Masculinizadora, a qual se presta a parte do processo da “Transexualização”.

Pacientes transexuais, ou seja, aquela que não se identifica com o gênero definido em seu nascimento, tem procurado técnicas e procedimentos a fim de transformar seu corpo e imagem equivalente à sua identidade de gênero, por meio de um processo de transexualização.

Dentre as etapas deste processos, pacientes que nasceram com sexo feminino tem buscado a Mastectomia como um processo de transformação no genero masculino.

Avaliamos a factibilidade da incorporação deste procedimento no Planserv, entretanto encontramos barreiras legais, as quais:

Conforme Decreto 9552, que define o escopo de cobertura assistencial legal no contexto do Planserv, na Sessão “Dos Serviços Sem Cobertura”, Art. 16. “Não estão cobertos pelo Planserv”, Item III e XXIV, a saber:

III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, métodos anticoncepcionais e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas

consequências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde;

XXIV - aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;

Face a este impedimento legal, este procedimento foi indeferido no processo de incorporação, permanecendo assim, sem cobertura assistencial no contexto do Planserv.

MAMOTOMIA

A Mamotomia permanece sem cobertura pela Planserv: Considerando que os métodos diagnósticos disponíveis já disponibilizados pelo Planserv, como Biópsia por Agulha Fina (PAAF), Core Biópsia (ou biópsia de segmento), e as biópsias incisionais e excisionais, já atendem a necessidade de suas beneficiárias, e considerando o valor elevado da tecnologia da Mamotomia, o Planserv mantém este procedimento como sem cobertura.

7. INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

- **SOBRE OS PROCEDIMENTOS COBERTOS PARA O CÂNCER DE MAMA**
 - A Mastectomia Radical e a Mastectomia Radical Modificada, são cirurgias mutiladoras que retiram toda a mama, incluindo pele, aréola, mamilos, músculos grande e pequeno peitoral (Patey só retira o pequeno peitoral e a Maden não retira músculos) além do esvaziamento axilar (retirada das três cadeias de linfonodos axilares), não cabendo portanto a autorização complementar do “Esvaziamento Axilar”.
 - A Mastectomia Total ou Simples retira a mama completamente (incluindo pele e aréola) mais preserva os segmentos retro-mamários (músculos) e cadeias de linfonodos axilares.
 - A adenomastectomia retira a glândula mamária, preservando pele, aréola e mamilo. Procedimento realizado nas mastectomias profiláticas e em casos seletos de carcinoma in situ ou multicêntrico. A partir deste Valor Referencial Planserv oferece cobertura para a Adenomastectomia Profilática, com Diretrizes de Cobertura. Este procedimento não contempla a retirada de linfonodos axilares.
 - A Quadrantectomia ou Segmentectomia, retira uma parte ou segmento da mama, equivalente a um quadrante (ou menos). Deste quadrante é retirada a pele e demais segmentos da mama. Este procedimento pode ser associado ou não com o esvaziamento axilar. Neste Valor Referencial há dois códigos para contemplar a Quadrantectomia, um COM Esvaziamento Axilar e outro SEM o Esvaziamento Axilar. Este Valor Referencial contemplou para ambas as Quadrantectomia (COM e SEM Esvaziamento Axilar) a RECONSTRUÇÃO COM RETALHO CUTÂNEO (código de referência “Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia”). No documento anterior apenas a Quadrantectomia COM Esvaziamento Axilar era contemplada com esta reconstrução.

- Esvaziamento axilar ou a retirada das 3 cadeias linfáticas da axila, é indicada todas as vezes que um ou mais linfonodos estejam comprometidos pela neoplasia. O esvaziamento é parte da técnica da mastectomia radical e radical modificada.
- Linfonodo Sentinela: a extirpação do linfonodo sentinela é indicada nos casos de neoplasia da mama, com axila clinicamente negativa ou duvidosa. A proposta do linfonodo sentinela é a expectativa de poder evitar o esvaziamento axilar. Através da injeção de um radioisótopo na mama (diluído em um vetor de baixo peso molecular), o radiofármaco é drenado junto com a linfa para a axila. A captação deste radiofármaco pelo primeiro linfonodo da axila (o sentinela), permite que o mesmo seja facilmente identificado por um medidor de radiação (Gamaprobe), e retirado para exame anátomo-patológico de congelação. Quando o linfonodo sentinela está negativo (não comprometido pela neoplasia), não há necessidade do esvaziamento axilar, evitando uma mutilação ou agressão desnecessária. O esvaziamento axilar só ocorre nos linfonodos positivos.
- ROLL: a Localização de Lesão Oculta Radioguiada (ou ROLL), utiliza a mesma técnica do linfonodo sentinela. Lesões mamárias impalpáveis, mas visualizadas por métodos de imagem, recebem a injeção (guiadas por estes métodos de imagens) de um radioisótopo (diluído em um vetor de alto peso molecular). O vetor fixa o radiofármaco na área injetada, facilitando sua identificação com o medidor de radiação (gamaprobe) e assim sua retirada. A indicação clássica do ROLL é para lesões com suspeita de malignidade e impalpáveis. A partir da segunda versão do Valor Referencial de Mastologia em 2014, o Planserv incluiu a autorização do ROLL para lesões mamárias benignas, mantendo a exigência para, apenas lesões impalpáveis.

8. ORIENTAÇÕES E SITUAÇÕES CONTROVERSAS

Como (e quais códigos) solicitar, autorizar e cobrar, quando não há uma certeza prévia sobre o procedimento que será realizado?

Assim que o mastologista identifica uma lesão mamária suspeita para neoplasia, ele faz o planejamento cirúrgico. Este planejamento pode contemplar uma punção prévia da lesão (que pode confirmar o câncer ou não) ou realizar uma extirpação da lesão na sala de cirurgia, com um exame anátomo patológico de congelação. Quando a cirurgia é precedida da punção prévia, o mastologista já tem a certeza absoluta da cirurgia que vai realizar. Contudo, na segunda situação, será o resultado da congelação que definirá qual a cirurgia que será realizada, se a extirpação da mama ou quadrante, ou apenas a extirpação da lesão (nos casos de congelação negativa).

Da mesma forma ocorre com a axila. Em boa parte das vezes o mastologista não sabe previamente se vai esvaziar a axila ou não, quem definirá se haverá o esvaziamento axilar, será o resultado da congelação do linfonodo sentinela.

Em ambas as situações acima o mastologista tem uma previsão de qual será a cirurgia, mas nada impede que esta programação seja diferente da cirurgia final.

Diante destas situações, como o mastologista deve emitir a guia de solicitação de cirurgia? Quais códigos deve solicitar? Quais códigos o auditor deve autorizar? E se a cirurgia final não for correspondentes aos códigos autorizados? Como conduzir estas questões?

ORIENTAÇÕES:

Conforme o enunciado do problema acima já demonstra, quando há situações em que o mastologista não tem certeza de qual cirurgia ocorrerá no final, qualquer que seja sua solicitação poderá ser diferente do ocorrido, e necessitará de ajustes.

Nas situações em que não houver a confirmação diagnóstica prévia, com programação de congelação, nossa recomendação é que o mastologista solicite o procedimento tal qual seja sua expectativa da cirurgia final. Ou seja, se há uma forte expectativa que a lesão a ser extirpada seja uma neoplasia, o mesmo deve solicitar o procedimento definitivo, ou seja a Quadrantectomia ou a Mastectomia. E neste caso o médico autorizador pode promover a autorização.

Se a expectativa do mastologista se concretizar, não há ajustes necessários a fazer nesta autorização. Contudo, se a congelação demonstrou que a lesão era benigna ou duvidosa (necessitando de uma análise mais elaborada), a cirurgia mudará sua programação, e o mastologista abortará a Mastectomia ou Quadrantectomia, realizando apenas uma extirpação da lesão. Nesta última condição, o auditor de contas médicas, deve sinalizar ao hospital, a necessidade de fazer o ajuste na autorização, trocando os códigos da Quadrantectomia ou Mastectomia, para a extirpação de lesão ou nódulo.

De forma semelhante ocorrerá com a axila. O mastologista pode solicitar previamente o código do linfonodo sentinela e a Quadrantectomia com o Esvaziamento Axilar. Também aqui o médico autorizador pode autorizar ambos os códigos. Se a expectativa do mastologista se concretizar durante a cirurgia, e a congelação do linfonodo for positiva, será realizado o esvaziamento axilar e nenhum ajuste precisa ser feito na guia de autorização. Contudo, se a congelação do linfonodo for negativa, o mastologista declinará do esvaziamento axilar, e neste caso o auditor de contas médicas deve sinalizar ao hospital a necessidade de trocar o código de Quadrantectomia COM Esvaziamento Axilar para Quadrantectomia SEM o Esvaziamento Axilar. Mantém-se a autorização e cobrança do linfonodo sentinela neste caso.

Nas duas situações acima, a solicitação prévia do mastologista era mais inclusiva (contemplava o procedimento maior). Contudo, situações inveras podem acontecer. Quando por exemplo o mastologista solicita apenas a extirpação do nódulo (por Roll ou não), e depois a congelação se mostra positiva, obrigando o cirurgião a prosseguir na Quadrantectomia ou Mastectomia. Também aqui neste caso o auditor de contas médicas deve sinalizar ao hospital que troque o código de extirpação do nódulo, pela Quadrantectomia ou Mastectomia.

Também de forma similar, se o mastologista solicitou previamente uma Quadrantectomia SEM o Esvaziamento Axilar, mas a congelação mostrou um linfonodo sentinela positivo, o mesmo terá de prosseguir e esvaziar a axila. Neste caso o auditor de contas médicas deve sinalizar ao hospital a necessidade de trocar os códigos da Quadrantectomia SEM o Esvaziamento Axilar para a Quadrantectomia COM Esvaziamento Axilar.

9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

NOME DO PROCEDIMENTO		MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.110-7		84.70.110-9		84.70.110-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602149	Mastectomia radical ou radical modificada	10A	100%	2	5
<ul style="list-style-type: none"> •O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). •Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. •A mastectomia radical ou radical modificada já contempla a LINFADENECTOMIA AXILAR. 					
DIÁRIAS	UTI	0,05	Unidade Composta (Aberta)	1,95	Day
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> •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. •Neste procedimento contemplamos que em 5% dos casos a paciente pode necessitar de ficar a primeira diária em UTI. •No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, Intensivista plantonista e diarista, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento				
Observações					

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.850,30	3.124,20	3.165,45	3.302,95	3.441,00	3.867,10
Honorários Médicos da Equipe	1.989,43	1.989,43	1.989,43	1.989,43	1.989,43	1.989,43
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

TABELA DE DESCONTO POR DIA DA INTERCORRÊNCIA						
DIA DA INTERCORRÊNCIA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	893,02	1.041,27	1.058,51	1.075,54	1.092,77	1.104,03

NOME DO PROCEDIMENTO		MASTECTOMIA SIMPLES			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.109-7		84.70.109-9		84.70.109-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602157	Mastectomia simples	8A	100%	1	3
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	0	Unidade Composta (Aberta)	1,5	Day
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. Neste procedimento contemplamos que em 50% dos casos a paciente pode necessitar de uma segunda diária. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações					

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.055,90	2.230,80	2.259,62	2.343,00	2.414,72	2.787,00
Honorários Médicos da Equipe	1.127,60	1.127,60	1.127,60	1.127,60	1.127,60	1.127,60
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

TABELA DE DESCONTO POR DIA DA INTERCORRÊNCIA						
DIA DA INTERCORRÊNCIA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	515,16	535,24	540,90	546,51	552,18	555,04

NOME DO PROCEDIMENTO		QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ ESVAZI. AXILAR E RECONSTRUCAO RET. CUTANEO			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.116-7		84.70.116-9		84.70.116-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602190	Quadrantectomia e linfadenectomia axilar	9B	100%	1	4
30602254	Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia	8A	25%	2	4
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. Este Valor Referencial só pode ser utilizado em casos oncológicos com comprovado esvaziamento axilar. Caso não seja realizado o esvaziamento axilar utilizar o Pacote 84.70.115-9. 					
DIÁRIAS	UTI	0	Unidade Composta (Aberta)	1,5	Day
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. Neste procedimento contemplamos que em 50% dos casos a paciente pode necessitar de uma segunda diária. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações					

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.128,50	2.333,10	2.363,02	2.464,00	2.559,92	3.013,74
Honorários Médicos da Equipe	1.782,86	1.782,86	1.782,86	1.782,86	1.782,86	1.782,86
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

TABELA DE DESCONTO POR DIA DA INTERCORRÊNCIA						
DIA DA INTERCORRÊNCIA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	526,02	546,10	551,76	557,37	563,04	565,90

NOME DO PROCEDIMENTO		QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ RECONSTRUCAO RET. CUTANEO			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.115-7		84.70.115-9		84.70.115-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602203	Quadrantectomia - Ressecção segmentar	7A	100%	1	3
30602254	Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia	8A	25%	2	4
<ul style="list-style-type: none"> •O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). •Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. •Este Valor Referencial só pode ser utilizado em casos oncológicos e não contempla o esvaziamento axilar. Caso seja realizado o esvaziamento axilar utilizar o Pacote 84.70.116-9. 					
DIÁRIAS	UTI	0	Unidade Composta (Aberta)	1,0	Day
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> •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. •No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações					

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	1.341,27	1.460,07	1.471,73	1.619,95	1.670,11	2.021,98
Honorários Médicos da Equipe	1.122,90	1.122,90	1.122,90	1.122,90	1.122,90	1.122,90
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

NOME DO PROCEDIMENTO		EXTIRPAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO ÚNICO			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.117-7		84.70.117-9		84.70.117-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	Unidade Composta (Aberta)		Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	693,00	772,20	775,94	817,08	853,38	1.019,80	767,80
Honorários Médicos da Equipe	310,30	310,30	310,30	310,30	310,30	310,30	310,30
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		EXTIRPAÇÃO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.190-7		84.70.190-9		84.70.190-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	70%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	Unidade Composta (Aberta)		Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	812,46	897,16	900,90	946,44	986,04	1.178,91	892,21
Honorários Médicos da Equipe	682,67	682,67	682,67	682,67	682,67	682,67	682,67
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		EXTIRPAÇÃO DE 5 OU MAIS NODULOS MAMARIOS			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.191-7		84.70.191-9		84.70.191-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	70%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	Unidade Composta (Aberta)		Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	868,45	953,15	956,89	1.002,43	1.042,03	1.246,60	948,20
Honorários Médicos da Equipe	1.148,13	1.148,13	1.148,13	1.148,13	1.148,13	1.148,13	1.148,13
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		ESVAZIAMENTO LINFÁTICO AXILAR			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.125-7		84.70.125-9		84.70.125-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602130	Linfadenectomia axilar	8B	100%	1	4
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
PARTE HOSPITALAR					
DIÁRIAS	UTI	0	Unidade Composta (Aberta)	1,5	Day
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. Neste procedimento contemplamos que em 50% dos casos a paciente pode necessitar de uma segunda diária. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Este Valor Referencial só pode ser autorizado quando o procedimento da linfadenectomia for realizado isoladamente, ou seja, se não for combinado com quadrantectomia ou com a mastectomia. Este procedimento só poderá ser autorizado e cobrado para esvaziamento ganglionar, o mesmo não poderá ser utilizado para extirpação de um ou mais linfonodos isolados, ou mesmo para realização de linfonodos sentinelas.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	1.750,65	1.923,35	1.946,34	2.097,70	2.181,19	2.478,79
Honorários Médicos da Equipe	1.182,23	1.182,23	1.182,23	1.182,23	1.182,23	1.182,23
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

TABELA DE DESCONTO POR DIA DA INTERCORRÊNCIA						
DIA DA INTERCORRÊNCIA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	468,83	489,73	495,56	501,28	507,11	510,08

NOME DO PROCEDIMENTO		LINFONODO SENTINELA - PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.192-7		84.70.192-9		84.70.192-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602289	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica lateral	6C	70%	1	4
<ul style="list-style-type: none"> • O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). • Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS (Orientações)	Este Valor Referencial é para ser utilizado em conjuntamente com outro procedimento principal, e por este motivo não contempla diárias.				
SADT	Este Valor Referencial não contempla SADT.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases especificamente deste procedimento foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os materiais necessários especificamente deste procedimento foram contemplados. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Este Valor Referencial deve ser usado nos casos de procedimentos associados de Linfonodo sentinela com mastectomia ou quadrantectomia.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	352,55	363,55	364,65	371,25	377,85	422,81
Honorários Médicos da Equipe	517,03	517,03	517,03	517,03	517,03	517,03
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

NOME DO PROCEDIMENTO		ROLL PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.194-7		84.70.194-9		84.70.194-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602076	Exérese de lesão da mama por marcação estereotáxica ou Roll	7C	50%	1	3
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS (Orientações)	Este Valor Referencial é para ser utilizado em conjuntamente com outro procedimento principal, e por este motivo não contempla diárias.				
SADT	Este Valor Referencial não contempla SADT.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases especificamente deste procedimento foram contemplados, inclusive o GamaProbe.				
Materiais e Medicamentos	Todos os materiais necessários especificamente deste procedimento foram contemplados. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	<ul style="list-style-type: none"> Este Valor Referencial deve ser usado nos casos de procedimentos associados de ROLL com mastectomia ou quadrantectomia ou extirpação de nódulos. O ROLL só será autorizado para lesões impalpáveis. Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar. 				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	348,15	356,95	356,95	362,45	366,85	410,51	355,85
Honorários Médicos da Equipe	522,27	522,27	522,27	522,27	522,27	522,27	522,27
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		RESSECCAO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA - UNILATERAL			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.121-7		84.70.121-9		84.70.121-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602300	Ressecção dos ductos principais da mama - unilateral	5B	100%	1	3
<ul style="list-style-type: none"> •O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). •Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI		Unidade Composta (Aberta)	Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> •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. •No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	820,05	921,25	930,49	988,13	1.035,43	1.313,84	916,85
Honorários Médicos da Equipe	531,01	531,01	531,01	531,01	531,01	531,01	531,01
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		EXTIRPACAO DE MAMA SUPRA-NUMERARIA			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.108-7		84.70.108-9		84.70.108-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602084	Exérese de mama supra-numerária - unilateral	5A	100%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	Unidade Composta (Aberta)		Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	979,62	1.058,82	1.062,56	1.103,70	1.140,00	1.522,29	1.054,42
Honorários Médicos da Equipe	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.122-7		84.70.122-9		84.70.122-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602106	Fistulectomia de mama	5A	100%	1	3
<ul style="list-style-type: none"> •O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). •Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI		Unidade Composta (Aberta)	Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> •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. •No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	665,50	766,70	775,94	833,58	880,88	1.088,12	762,30
Honorários Médicos da Equipe	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67	491,67
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		GINECOMASTIA UNILATERAL			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.105-7		84.70.105-9		84.70.105-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	100%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI		Unidade Composta (Aberta)	Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	808,04	887,24	890,98	932,12	968,42	1.086,37	943,34
Honorários Médicos da Equipe	1.044,53	1.044,53	1.044,53	1.044,53	1.044,53	1.044,53	1.044,53
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		GINECOMASTIA BILATERAL			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.195-7		84.70.195-9		84.70.195-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	100%	1	2
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	70%	1	2
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. 					
DIÁRIAS	UTI	Unidade Composta (Aberta)		Day	1,0
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 				
SADT	Não foram contemplados SADT neste Valor Referencial.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Prestadores classificados como HOSPITAL DIA devem usar o mesmo valor (DAY ÚNICO) independente de sua classificação hospitalar.				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A	DAY ÚNICO
Parte Hospitalar	881,76	966,46	970,20	1.015,74	1.055,34	1.183,63	962,06
Honorários Médicos da Equipe	1.775,70	1.775,70	1.775,70	1.775,70	1.775,70	1.775,70	1.775,70
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE						

NOME DO PROCEDIMENTO		ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA BILATERAL				
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia		
84.70.101-7		84.70.101-9		84.70.101-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)		
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 						
COMPOSIÇÃO						
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.	
30602157	Mastectomia simples	8A	100%	1	3	
30602157	Mastectomia simples	8A	70%	1	3	
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. Este Valor Referencial será utilizado para os casos de adenomastectomia subcutânea profilática, conforme critérios definidos pelo Planserv. O código da CBHPM para Adenomastectomia Subcutânea já inclui a colocação da prótese (30602165 - Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese). Contudo neste Valor Referencial só consideramos a ADENOMASTECTOMIA, por entender que a Inclusão da Prótese ou Reconstrução poderá ser realizada por uma segunda equipe da Cirurgia Plástica Reparadora. Cabe ressaltar que esta reconstrução seja imediata ou tardia, é assegurada pelo Planserv, e se encontra publicada no Valor Referencial da Especialidade de Cirurgia Reparadora. Portanto neste Valor Referencial não está incluído nos honorários do Mastologista a reconstrução ou inclusão da prótese. 						
DIÁRIAS	UTI	0	Unidade Composta (Aberta)	1,5	Day	
DIÁRIAS (Orientações)	<ul style="list-style-type: none"> 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. Neste procedimento contemplamos que em 50% dos casos a paciente pode necessitar de uma segunda diárias. No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (Enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%). 					
SADT	Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários.					
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.					
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.					
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.					

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.096,36	2.286,10	2.316,06	2.408,83	2.488,12	2.805,18
Honorários Médicos da Equipe	1.916,93	1.916,93	1.916,93	1.916,93	1.916,93	1.916,93
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

TABELA DE DESCONTO POR DIA DA INTERCORRÊNCIA						
DIA DA INTERCORRÊNCIA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	526,87	547,40	553,20	558,93	564,73	567,65

NOME DO PROCEDIMENTO		ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA UNILATERAL – PROC. ASSOC.			
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código – Honorários Cirúrgicos		Código – Honorários de Anestesiologia	
84.70.196-7		84.70.196-9		84.70.196-8 (CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE)	
<ul style="list-style-type: none"> Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7. 					
COMPOSIÇÃO					
Cód. CBHPM	Descritivo do Procedimento	Porte	% Via	Aux.	P. Anest.
30602157	Mastectomia simples	8A	70%	1	3
<ul style="list-style-type: none"> O valor dos honorários médicos usou como referência os portes da CBHPM e proporcionalização da carteira de planos (Básicos_Enfermaria - 80% / Especial_Apartamento – 20%). Os honorários médicos da anestesiologia, deve ser consultado no Valor Referencial desta especialidade. Este Valor Referencial será utilizado para os casos de pacientes que serão submetidas a MASTECTOMIA em uma mama acometida por câncer e no mesmo ato operatório, realizará ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA na mama contralateral (sem presença de câncer), conforme critérios definidos pelo Planserv. O código da CBHPM para Adenomastectomia Subcutânea já inclui a colocação da próteses (30602165 - Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese). Contudo neste Valor Referencial só consideramos a ADENOMASTECTOMIA, por entender que a Inclusão da Prótese ou Reconstrução poderá ser realizada por uma segunda equipe da Cirurgia Plástica Reparadora. Cabe ressaltar que esta reconstrução seja imediata ou tardia, é assegurada pelo Planserv, e se encontra publicada no Valor Referencial da Especialidade de Cirurgia Reparadora. Portanto neste Valor Referencial não está incluído nos honorários do Mastologista a reconstrução ou inclusão da prótese. 					
DIÁRIAS (Orientações)	Este Valor Referencial é para ser utilizado em conjuntamente com outro procedimento principal (MASTECTOMIA), e por este motivo não contempla diárias.				
SADT	Este Valor Referencial não contempla SADT.				
Taxas e gases	Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados.				
Materiais e Medicamentos	Todos os medicamentos e materiais necessários especificamente para este procedimento foram contemplados neste Valor Referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente.				
OPME	O Planserv não contempla OPME para este procedimento.				
Observações	Este Valor Referencial será utilizado para contemplar a extirpação da mama contra-lateral (nos casos profiláticos), associado a outro procedimento principal (Mastectomia na mama ipsi lateral).				

COMPOSIÇÃO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	406,88	447,40	450,52	476,16	496,86	559,15
Honorários Médicos da Equipe	789,32	789,32	789,32	789,32	789,32	789,32
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE					

10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY
MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA	84.70.110-9	84.70.110-8	84.70.110-7						
	1.989,43	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.850,30	3.124,20	3.165,45	3.302,95	3.441,00	3.867,10	-
MASTECTOMIA SIMPLES	84.70.109-9	84.70.109-8	84.70.109-7						
	1.127,60	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.055,90	2.230,80	2.259,62	2.343,00	2.414,72	2.787,00	-
QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ Esvazi. AXILAR E RECONSTRUCAO RET. CUTANEO	84.70.116-9	84.70.116-8	84.70.116-7						
	1.782,86	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.128,50	2.333,10	2.363,02	2.464,00	2.559,92	3.013,74	-
QUADRANTECTOMIA (SEGMENTECTOMIA) C/ RECONSTRUCAO RET. CUTANEO	84.70.115-9	84.70.115-8	84.70.115-7						
	1.122,90	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	1.341,27	1.460,07	1.471,73	1.619,95	1.670,11	2.021,98	-
EXTIRPACAO DE NÓDULO MAMÁRIO UNICO	84.70.117-9	84.70.117-8	84.70.117-7						
	310,30	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	693,00	772,20	775,94	817,08	853,38	1.019,80	767,80
EXTIRPACAO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS	84.70.190-9	84.70.190-8	84.70.190-7						
	682,67	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	812,46	897,16	900,90	946,44	986,04	1.178,91	892,21
EXTIRPACAO DE 5 OU MAIS NODULOS MAMARIOS	84.70.191-9	84.70.191-8	84.70.191-7						
	1.148,13	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	868,45	953,15	956,89	1.002,43	1.042,03	1.246,60	948,20
ESVAZIAMENTO LINFÁTICO AXILAR	84.70.125-9	84.70.125-8	84.70.125-7						
	1.182,23	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	1.750,65	1.923,35	1.946,34	2.097,70	2.181,19	2.478,79	-
LINFONODO SENTINELA - PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT	84.70.192-9	84.70.192-8	84.70.192-7						
	517,03	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	352,55	363,55	364,65	371,25	377,85	422,81	-

ROLL PROC. ASSOCIADO A MAST OU QDT	84.70.194-9	84.70.194-8	84.70.194-7						
	522,27	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	348,15	356,95	356,95	362,45	366,85	410,51	355,85
RESSECCAO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA - UNILATERAL	84.70.121-9	84.70.121-8	84.70.121-7						
	531,01	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	820,05	921,25	930,49	988,13	1.035,43	1.313,84	916,85
EXTIRPACAO DE MAMA SUPRA- NUMERARIA	84.70.108-9	84.70.108-8	84.70.108-7						
	491,67	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	979,62	1.058,82	1.062,56	1.103,70	1.140,00	1.522,29	1.054,42
CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA	84.70.122-9	84.70.122-8	84.70.122-7						
	491,67	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	665,50	766,70	775,94	833,58	880,88	1.088,12	762,30
GINECOMASTIA UNILATERAL	84.70.105-9	84.70.105-8	84.70.105-7						
	1.044,53	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	808,04	887,24	890,98	932,12	968,42	1.086,37	943,34
GINECOMASTIA BILATERAL	84.70.195-9	84.70.195-8	84.70.195-7						
	1.775,70	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	881,76	966,46	970,20	1.015,74	1.055,34	1.183,63	962,06
ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA BILATERAL	84.70.101-9	84.70.101-8	84.70.101-7						
	1.916,93	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.096,36	2.286,10	2.316,06	2.408,83	2.488,12	2.805,18	-
ADENOMASTECTOMIA SUBCUTÂNEA PROFILÁTICA UNILATERAL – PROCED. ASSOC.	84.70.196-9	84.70.196-8	84.70.196-7						
	789,32	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	406,88	447,40	450,52	476,16	496,86	559,15	-