

**SETEMBRO
2022**

VALOR REFERENCIAL

PARTO

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
PARTOS NORMAL E CESÁREA
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 BRITTO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FIGUEREDO FAUAZE

EQUIPE EXECUTORA - 2022

REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

EQUIPE EXECUTORA – 2021

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES
MÉDICA

EQUIPE EXECUTORA – EDIÇÕES ANTERIORES

LIVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

LIDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA, Secretaria da Administração

Elaboração Valor Referencial Procedimento: PARTOS NORMAL E CESÁREA 9ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2022.

Setembro - 2022

p. 25

1. Revisão do Valor Referencial: PARTOS NORMAL ECESÁREA.
PLANSERV.

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	06
2. OBJETIVO	06
3. JUSTIFICATIVA	06
4. MATERIAL	07
5. MÉTODO	07
6. CRITÉRIOS DE ACESSO	07
7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DE PRESTADORES.....	08
8. CONTROLE DE AUDITORIA	08
9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	08
10. CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS.....	12
11. VALORES REFERENCIAIS EM PARTO	15
11.1 PARTO NORMAL.....	15
11.2 PARTO NORMAL GEMELAR.....	17
11.3 CESÁREA (FETO ÚNICO OUMÚLTIPLO).....	19
11.4 CESÁREA GEMELAR - PROCEDIMENTO ASSOCIADO	20
12. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERÊNCIAIS DE PARTO.....	23

VALOR REFERENCIAL EM PARTOS NORMAL E CESÁREA

1. APRESENTAÇÃO

Observa-se atualmente no mercado suplementar de saúde do Brasil, e mais intensamente na Bahia, uma redução crescente em leitos e serviços destinados à obstetrícia e pediatria. Este fato incontestemente deve-se a vários fatores, contudo o principal tem sido a procura por serviços de maior resultado financeiro por parte das instituições hospitalares, em detrimento aos serviços considerados de pequeno ou nenhum resultado financeiro.

A despeito de compreendermos as motivações pela sustentabilidade econômica destas instituições, entendemos, contudo, que não se pode acabar com estes serviços essenciais em um sistema de saúde. Compreendendo a responsabilidade de cada agente neste mercado, o PLANSERV mais uma vez se manifesta em criar mecanismos para estimular a oferta destes serviços junto à rede credenciada. Os critérios de indicação de cesariana ficam mantidos em relação ao Valor Referencial anterior.

2. OBJETIVO

- Dar continuidade ao projeto de VALOR REFERENCIAL;
- Revisar os Valores Referenciais em partos normal e cesárea com vistas à adequação de valores, como mecanismo de estímulo à oferta destes serviços pela rede credenciada.

3. JUSTIFICATIVAS

São incontestes as vantagens da formatação de remuneração dos internamentos e procedimentos médicos sob a forma de Valor Referencial, visto que:

- a. Proporciona previsibilidade orçamentária; Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;
- b. Estimula a racionalização dos custos na saúde;
- c. Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
- d. Otimiza e agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança.

4. MATERIAL

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Tabela sintética PLANSERV;
- Banco de dados;
- Tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos / CFM - Conselho Federal de Medicina;
- Pesquisa de preços: Cotação, banco de preço do MS, informações externas;
- Informações técnicas, diretrizes da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e estudos publicados em imprensa médica especializada.

5. MÉTODO

Foi realizada a revisão do Valor Referencial já em utilização, contudo foi mantida a mesma estrutura (segmentação) básica dos Valores Referenciais, diferenciando apenas por classe hospitalar, conforme veremos a seguir:

- Diárias: Baseada na Tabela Sintética PLANSERV;
- Honorários Médicos: CBHPM;
- Materiais e Medicamentos: Utilizamos média/mediana das contas hospitalares do banco de dados;
- Taxas: Baseada na Tabela Sintética PLANSERV;
- Gases: Conforme a tabela sintética, os gases já estão contemplados dentro das diárias e taxas de sala de cirurgia;
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico: Utilizamos média/mediana das contas hospitalares do banco de dados;
- OPME: Não há previsão de OPME para os procedimentos deste segmento.

6. CRITÉRIOS DE ACESSO

- Poderão realizar estes Valores Referenciais prestadores contratualizados pelo edital de credenciamento da especialidade de obstetrícia;
- Poderão realizar estes Valores Referenciais prestadores referenciados para especialidade de obstetrícia (quando for o caso - regiões ainda não contratualizadas pelo edital de credenciamento) e que assinarem o termo de acordo do Valor Referencial;

- Os prestadores contratualizados ou referenciados que assinarem o acordo não poderão se negar a realizar os procedimentos.

7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

Estarão habilitados a prestar estes serviços os prestadores contratualizados na especialidade de obstetrícia ou prestadores referenciados na especialidade que atenderem as seguintes exigências:

- a. Alvará da Vigilância Sanitária atualizado;
- b. Habilitação técnica e estrutural para Realização de Procedimentos em Ginecologia e Obstetrícia;
- c. Assinar termo de acordo do Valor Referencial.

8. CONTROLE E AUDITORIA

O PLANSERV poderá utilizar-se de mecanismos de controles técnicos e administrativos através das seguintes ferramentas:

- a. Autorização Prévia;
- b. Auditoria de Contas;
- c. Auditoria *in loco*.

9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS

- a. Os valores Referenciais são segmentados por: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários Médicos, Medicamentos e Materiais;
- b. 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:
- c. **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;

- d. Honorários médicos:** Usamos CBHPM para todos os casos. O cálculo final do honorário é igual a: $(\text{Valor CBHPM} \times 1 \times 90\%) + (\text{Valor CBHPM} \times 2 \times 10\%)$. Explicando: Como os planos básicos (enfermaria) não têm 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) têm 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).
- e.** 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;
- f. 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:
- g. 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, Anestesista e demais profissionais envolvidos na assistência, a exemplo de 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.

h. Itens de Exclusão:

Os itens abaixo estão excluídos ao valor dos pacotes e poderão ser cobrados complementarmente quando realmente necessários.

- Suporte nutricional enteral e parenteral;
- Utilização de sangue e hemoderivados;
- Processos dialíticos;

- Vacina Anti-Rh.

i. 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 indicação 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”, é comum a realização conjunta da instalação de “DVE – Drenagem Ventrículo-peritoneal” e “PIC - Instalação de cateter Intracraniano” , 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 alta 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 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 codificação dos Valores Referenciais obedecerá 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).

j. A OPERACIONALIZAÇÃO:

- As solicitações 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):

Para um procedimento que será realizado por um cirurgião que tem credenciamento de sua pessoa jurídica habilitada ao Planserv. A cirurgia será realizada num Hospital, cuja equipe de Anesthesiologia tem Cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

- 84.50.301-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital
- 84.30.301-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anesthesiologista Brasil
- 84.30.301-9 CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv creditará a parte hospitalar referente ao primeiro código (último dígito igual a 7) 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. 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 Cirurgião 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 dos honorários médicos será da inteira responsabilidade do hospital:

- 84.30.518-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (Parte do Hospital)
 - 84.30.518-8 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (H.M. Anestesiologia).
 - 84.30.518-9 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital (H.M. Cirúrgicos)
- Desta forma, toda autorização de um Valor Referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada solicitação;
 - As solicitações deverão estar 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 comentado);
 - O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito 7) será sempre autorizado para o CNPJ do hospital;
 - As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a mesma 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.

11. VALORES REFERENCIAIS DE PARTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	PARTO NATURAL (VIA VAGINAL)		
Código Principal (Parte Hospitalar)	HM Obstetra	HM Neonatologista	HM Anestesiologia
84.50.818-7	84.50.818-9	84.50.890-9	84.50.818-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE
DIÁRIAS			
UTI ADULTO	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3

- 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;
 - Independentes do plano do paciente estão contempladas as unidades de enfermaria e apartamento.

HONORÁRIOS MÉDICOS					
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal)	8C	100	0	5
1.01.03.02-3	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)	4C	75	0	0
1.01.03.03-1	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)	5B	25	0	0
1.01.02.01-9 (x2)	Visita hospitalar (Neonatologia)	2B	100	0	0
3.13.09.03-8	Assistência ao trabalho de parto por hora (4 horas)	3C	400	0	0

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos planos básico (enfermaria 80%) e especial (apartamento 20%);
- Foi acrescentado o código 3.13.09.03-8 para remunerar a assistência do obstetra na unidade de internação (não cabendo a cobrança de porte anestésico).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial.

TAXAS E GASES

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

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial;
- 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.

OPME

- Este pacote não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PARTO NATURAL (VIA VAGINAL)

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.258,21	2.661,47	2.942,57	3.102,62	4.045,92	4.079,42
Honorários Médicos do Obstetra	1.396,22	1.396,22	1.396,22	1.396,22	1.396,22	1.396,22
Honorários Médicos do Neonatologista	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

- O código referente à parte hospitalar termina com o dígito 7, independentemente da classificação do prestador;
- O código referente ao honorário do médico obstetra e neonatologista termina com o dígito 9 e o do médico anestesiologista termina com o dígito 8.

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 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	530,17	603,17	623,77	644,17	664,77	675,17
3º Dia Internação	265,09	301,59	311,89	322,09	332,39	337,59

- Nos casos onde os neonatos necessitarem de UTI-NEO no pós-parto, o prestador deverá cobrar o valor do pacote com um desconto de acordo com a tabela abaixo:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	132,00	168,00	174,00	183,00	186,00	192,00

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.

NOME DO PROCEDIMENTO	PARTO NATURAL GEMELAR - PROCEDIMENTO ASSOCIADO		
Código Principal (Parte Hospitalar)	HM Obstetra	HM Neonatologista	HM Anestesiologia
84.50.810-7	84.50.810-9	84.50.890-9	84.50.810-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS			
UTI ADULTO	0	DIÁRIAS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	3

- 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
3.13.09.13-5	Parto múltiplo por via vaginal (cada um subsequente ao inicial).	4C	100	1	3
1.01.03.02-3	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)	4C	75	0	0
1.01.03.03-1	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)	5B	25	0	0
1.01.02.01-9 (x2)	Visita hospitalar (neonatologia)	2 B	100	0	0

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básico (Enfermaria 80%) e Especial (Apartamento 20%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial.

TAXAS E GASES

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

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial;
- 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.

OPME

- Este pacote não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PARTO NATURAL GEMELAR - PROCEDIMENTO ASSOCIADO

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	282,45	323,49	356,60	366,86	399,93	406,77
Honorários Médicos do Obstetra	332,47	332,47	332,47	332,47	332,47	332,47
Honorários Médicos do Neonatologista	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

- O código referente à parte hospitalar termina com o dígito 7, independentemente da classificação do prestador;
- O código referente ao honorário do médico obstetra e neonatologista termina com o dígito 9 e o do médico anestesiologista termina com o dígito 8.
- Atente-se para o fato de que os honorários do obstetra e do neonatologista terminam ambos com o mesmo dígito (9), sendo o do obstetra o código 84.50.810-9 e o do neonatologista o código 84.50.890-9. O prestador será responsável pelo lançamento dos códigos referentes aos honorários médicos. É importante salientar que o sistema só criticará a ausência/presença de um único código terminado em 9. Caso o Prestador esquecer-se de lançar um dos códigos terminados em 9 não teremos como sabê-lo pois o sistema não criticará e conseqüentemente não pagará.

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 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	341,10	414,10	434,70	455,10	475,70	486,10
3º Dia Internação	170,55	207,05	217,35	227,55	237,85	243,05

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	PARTO CESÁREA - FETO ÚNICO OU MÚLTIPLO		
Código Principal (Parte Hospitalar)	HM Obstetra	HM Neonatologista	HM Anestesiologia
84.50.819-7	84.50.819-9	84.50.890-9	84.50.819-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI ADULTO	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	3
------------	---	---------------------------	---

- 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
3.13.09.05-4	Cesariana (feto único ou múltiplo)	8B	100	1	5
1.01.03.02-3	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)	4C	75	0	0
1.01.03.03-1	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)	5B	25	0	0
3.13.09.03-8	Assistência ao trabalho de parto por hora	3C	400	0	0
1.01.02.01-9 (x2)	Visita hospitalar (neonatologia)	2B	100	0	0

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos planos básico (enfermaria 80%) e especial (apartamento 20%).
- Foi acrescentado o código 3.13.09.03-8 para remunerar a assistência do obstetra na unidade de internação (não cabendo a cobrança de porte anestésico).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial.

TAXAS E GASES

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

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial;
- 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, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este pacote não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

CESARIANA (FETO ÚNICO OU MÚLTIPLO)

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.632,92	3.036,17	3.245,50	3.405,56	4.367,41	4.400,91
Honorários Médicos do Obstetra	1.553,47	1.553,47	1.553,47	1.553,47	1.553,47	1.553,47
Honorários Médicos do Neonatologista	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

- O código referente à parte hospitalar termina com o dígito 7, independentemente da classificação do prestador;
- O código referente ao honorário do médico obstetra e neonatologista termina com o dígito 9 e o do médico anestesiologista termina com o dígito 8;
- Atente-se para o fato de que os honorários do obstetra e do neonatologista terminam ambos com o mesmo dígito(9), sendo o código do obstetra 84.50.819-9 e o do neonatologista 84.50.890-9 . O prestador será responsável pelo lançamento dos códigos referentes aos honorários médicos. É importante salientar que o sistema só criticará a ausência/presença de um único código terminado em 9. Caso o Prestador esquecer de lançar um dos códigos terminados em 9 não teremos como sabê-lo pois o sistema não criticará e conseqüentemente não pagará.

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 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	602,68	675,68	696,28	716,68	737,28	747,68
3º Dia Internação	301,34	337,84	348,14	358,34	368,64	373,84

- Nos casos onde os neonatos necessitarem de UTI-NEO no pós-parto, o prestador deverá cobrar o valor do pacote com um desconto de acordo com a tabela abaixo:

Tabela de Desconto/Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	132,00	168,00	174,00	183,00	186,00	192,00

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.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	PARTO CESÁREA GEMELAR - PROCEDIMENTO ASSOCIADO		
Código Principal (Parte Hospitalar)	HM Obstetra	HM Neonatologista	HM Anestesiologia
84.50.890-7	-	84.50.890-9	-

DIÁRIAS

UTI ADULTO	0	ALOJAMENTO CONJUNTO	3
------------	---	---------------------	---

- Este pacote é destinado ao pagamento dos custos hospitalares do gemelar e à remuneração do neonatologista;
- Os honorários da equipe obstétrica estão contemplados no procedimento principal Cesariana (feto único ou múltiplo).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
1.01.03.02-3	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)	4C	75	0	0
1.01.03.03-1	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)	5B	25	0	0
1.01.02.01-9 (x2)	Visita hospitalar (neonatologia)	2B	100	0	0

- Todos os honorários foram contemplados dentro do Valor Referencial;
- Os honorários foram proporcionalizados pelos planos básico (enfermaria 80%) e especial (apartamento 20%).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados dentro do Valor Referencial.

TAXAS E GASES

- As taxas foram contempladas no procedimento principal Cesariana (feto único ou múltiplo).

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais de consumo necessários ao procedimento foram contemplados neste Valor Referencial;
- 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, gabarito de insumos e o valor do pacote anterior.

OPME

- Este pacote não contempla OPME.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

PARTO CESAREA GEMELAR - PROCEDIMENTO ASSOCIADO

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	368,51	409,55	460,45	470,71	529,35	536,19
Honorários Médicos do Neonatologista	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82	457,82

- O código referente à parte hospitalar termina com o dígito 7, independentemente da classificação do prestador;
- O código referente ao honorário do neonatologista termina com o dígito 9.

11. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM OBSTETRA	HM NEONATOLOGISTA	HM ANESTESIOLOGISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A
PARTO NATURAL (VIA VAGINAL)	84.50.818-9	84.50.890-9	84.50.818-8	84.50.818-7					
	1.396,22	457,82	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	2.258,21	2.661,47	2.942,57	3.102,62	4.045,92	4.079,42
PARTO NATURAL GEMELAR – PROCEDIMENTO ASSOCIADO	84.50.810-9	84.50.890-9	84.50.810-8	84.50.810-7					
	332,47	457,82	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	282,45	323,49	356,60	366,86	399,93	406,77
CESÁREA (FETO ÚNICO OU MÚLTIPLO)	84.50.819-9	84.50.890-9	84.50.819-8	84.50.819-7					
	1.553,47	457,82	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	2.632,92	3.036,17	3.245,50	3.405,56	4.367,41	4.400,91
PARTO CESAREA GEMELAR – PROCEDIMENTO ASSOCIADO	-	84.50.890-9	-	84.50.890-7					
	-	457,82	-	368,51	409,55	460,45	470,71	529,35	536,19