

**SETEMBRO
2022**

Valor Referencial

**CIRURGIA
DA MÃO**

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
CIRURGIA DA MÃO

SETEMBRO/2022**

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EDIÇÃO - SETEMBRO 2022

EXECUTOR

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA
NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

EDIÇÃO – FEVEREIRO 2014

NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE
REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

EXECUTORA

LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento: CIRURGIA DA MÃO. 2ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, setembro 2022.

p. 28

1. Elaboração do Valor Referencial: CIRURGIA DA MÃO. PLANSERV.

Índice

1. APRESENTAÇÃO	05
2. OBJETIVO	05
3. JUSTIFICATIVA	05
4. MATERIAL	05
5. MÉTODO	06
6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	06
7. CONTROLE E AUDITORIA	06
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	06
9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS.....	12
9.1. TRATAMENTO CIRURGICO SINDROME DO TUNEL DO CARPO.....	12
9.2. TRATAMENTO CIRURGICO DA TENOSSINOVITE DE FLEXORES (ATÉ 3 DÍGITOS)	14
9.3. EXÉRESE DE CISTO SINOVIAL.....	16
9.4. TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PUNHO OU CARPO.....	18
9.5. LESÕES LIGAMENTARES EM PUNHO OU COTOVELO- TRATAMENTO CIRURGICO.....	20
9.6. ARTROSCOPIA CIRURGICA DE PUNHO OU COTOVELO.....	22
9.7. LESÃO DE TENDÃO 1 OU MAIS DIGITOS – TRATAMENTO CIRURGICO	24
9.8. TRATAMENTO CIRURGICO DE EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES DA MÃO...	26
10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS.....	28

VALOR REFERENCIAL EM CIRURGIA DA MÃO

1. APRESENTAÇÃO

Cirurgia da Mão é a especialidade médica que se dedica à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das patologias que acometem as mãos.

O campo de atuação do cirurgião de mão é bastante amplo e inclui a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de diversos tipos de lesões : congênitas, ósseas, tendíneas, vasculares, tumorais, neurológicas, degenerativas, infecciosas, inflamatórias, síndromes dolorosas, doenças profissionais e esportivas.

2. OBJETIVO

- Elaborar valores referenciais em CIRURGIA DA MÃO;
- Esclarecer e detalhar situações, ajudando na compreensão e aplicação dos valores referenciais, principalmente nos setores de auditoria e autorização.

3. JUSTIFICATIVAS

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

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

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

4. MATERIAL

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE – Planserv;
- Tabela CBHPM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações do Mercado Suplementar;
- Tabela Sintética Planserv;

- Rol de Procedimentos Médicos Planserv.

5. MÉTODO

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

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

6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

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

7. CONTROLE E AUDITORIA

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

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

8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;

- Os Valores Referenciais 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, sendo Planos Básicos (80% da carteira) e Planos Especiais (20% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
- Para as diárias de unidade aberta foi usada uma diária denominada “Diária de unidade composta”, que é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 80%) + (Valor da Diária de Apartamento x 20%). 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. Assim, 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 (80% / 20%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem 80% de planos básicos e 20% de planos especiais;

A quantidade de diária e tipo de acomodação basearam-se na mediana histórica de utilização;

- **Honorários médicos:** Usado codificação e descritivo da CBHPM.
- As contas de pacotes não podem ser cobradas juntamente com períodos de conta em formatação aberta. Se o período da internação for superior ao período de diárias contempladas no pacote, a cobrança deve separar as contas, sendo o período do pacote com cobrança única e exclusiva do pacote e os demais períodos em conta aberta;
- **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro com “Composição do Valor Referencial” com descrição dos itens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam interseção dos seguintes itens de inclusão e exclusão:
- **Itens de Inclusão:**
 - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários para realizá-los;
 - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesiista e demais profissionais envolvidos na assistência como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela frequência média de utilização);
 - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.
- **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:
 - Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).
- **Intercorrências:**
- As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;

- As intercorrências referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote, 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 (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 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 já previstos, com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicações e orientações específicas: Os critérios de indicação dos procedimentos ou da escolha de uma técnica aceitos pelo Planserv são habitualmente os mesmos padronizados pelas sociedades das especialidades ou órgãos colegiados afins. Em situações específicas o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada valor referencial 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 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 Associados:** Em situações específicas o Planserv publica Valores Referenciais com o propósito de serem autorizados complementarmente a outros, exemplos: Nas

neurocirurgias como “Tratamento do Hematoma Craniano” ou “Tratamento de Tumores Cerebrais”, são comuns a realização conjunta da instalação de “DVE – Drenagem Ventrículo-peritoneal” e “PIC - Instalação de cateter Intra-craniano” , nestes casos o Planserv elaborou Valores Referenciais “Procedimento-Associado”, com a finalidade de serem autorizados de forma complementar aos procedimentos principais. Nestas situações o prestador deve cobrar ambos os pacotes de forma integral (o principal e o associado).

- **Valor Referencial + Procedimento AMB:** Quando houver mais de um procedimento, mas apenas um deles estiver previsto como valor referencial, o prestador poderá cobrar o valor referencial para o procedimento previsto e para o procedimento não previsto por pacote poderá ser cobrado adicional ou complementar ao valor referencial (na mesma conta) o honorário médico conforme tabela Planserv e os OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso haja 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 avisadas e analisadas previamente pelo Planserv;
- No processo de Elaboração do VR, o Planserv utiliza a mediana de utilização dos procedimentos, serviços e insumos e informações dos médicos especialistas;
- Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão realizar os procedimentos que prevêm a utilização desta acomodação;
- **CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:** Com o propósito de criar ferramentas que permitam a remuneração dos honorários médicos por suas respectivas empresas credenciadas, fez-se necessário promover uma estruturação diferenciada na codificação dos valores referenciais. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:
 - **O último dígito** de cada valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial, sendo:
 - Quando o último dígito for 9, o código faz referência a remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
 - Quando o último dígito for 8, o código faz referência a remuneração dos honorários de anestesiologia;
 - Quando o último dígito for 7, o código faz referência a remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).
 - **NOTA:** Diferente da estrutura de codificação anterior, onde cada unidade prestadora (hospital) tinha códigos diferentes de acordo sua classificação hospitalar da Tabela Sintética (o último dígito diferenciava a classificação do prestador, sendo 1 para classe A, 2 para Classe B, até 6 para prestadores classe F). Esta nova estrutura de classificação permite que o Planserv remunere com valores diferentes, o mesmo

código de procedimento, portanto todas as unidades prestadoras utilizarão o mesmo código, inclusive as unidades de Hospital Dia (Todos terão o último dígito 7);

o **A OPERACIONALIZAÇÃO:**

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

Exemplo (fictício):

O procedimento de Tenólise do Túnel Ósteofibroso será realizado por um cirurgião que tem credenciamento de sua pessoa jurídica habilitada ao Planserv. A cirurgia será realizada num Hospital cuja equipe de Anestesiologia tem Cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

84.30.518-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
84.30.518-8	CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
84.30.518-9	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; Enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (último dígito 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica.

NOTA: Se no mesmo exemplo acima, não for informado o CNPJ do 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.

84.80.321-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte do Hospital)
84.80.321-8	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesiologia).
84.80.321-9	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Cirúrgicos)

- o Desta forma, toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- o As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará por erros no preenchimento das solicitações;
- o 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 O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito 7) será sempre autorizado para o CNPJ do hospital (CNPJ da AP);
- o As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a AP não poderá mais ser alterada;
- o 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;

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorário Anestesiologia
84.80.409-7	84.80.409-9	84.80.409-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermagem, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
31403360	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório, etc).	8B	100	2	5
30731097	Tenólise no túnel osteofibroso	6A	25	1	3

- Para a composição dos honorários médicos deste pacote, consideramos que a tenólise do túnel osteofibroso é realizada em 50% dos casos. Como se trata de cirurgias com mesma via de acesso, o tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (procedimento principal) será remunerado em 100% e a tenólise, em 50%. Como já citado, o procedimento secundário foi proporcionalizado e, desta forma, chegamos ao percentual de 25% (50% X 50%) para o procedimento de "tenólise no túnel osteofibroso".

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Não foram contemplados OPMEs neste valor referencial.
- O Planserv não oferece cobertura para o dispositivo utilizado para a descompressão do túnel do carpo (transdutor do túnel do carpo).

OBS

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO– UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	708,33	940,33	961,93	1.071,33	1.180,93	1.423,60
Honorários Médicos da Equipe	1.061,50	1.061,50	1.061,50	1.061,50	1.061,50	1.061,50
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO– REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	635,33	807,33	971,33
Honorários Médicos da Equipe	1.061,50	1.061,50	1.061,50
Honorários do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TENOSSINOVITE DE FLEXORES (ATÉ 3 DÍGITOS)	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
84.80.321-7	84.80.321-9	84.80.321-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- 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.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30731097	Tenólise no túnel osteofibroso	6A	100	1	3
30731097	Tenólise no túnel osteofibroso	6A	35	1	3
30731097	Tenólise no túnel osteofibroso	6A	15	1	3

- Para a composição dos honorários médicos deste pacote, consideramos que a tenólise do túnel osteofibroso é realizada em 2 dígitos em 70% dos casos e em 3 dígitos, em 20% dos casos. Como se trata de cirurgias com vias de acesso diferentes, a tenólise do primeiro dígito (procedimento principal) será remunerada em 100% e as demais, em 70%. Como já citado, a tenólise do segundo e terceiro dígito foi proporcionalizada e, desta forma, chegamos aos percentuais de 35% (70% X 50%) e 15% (70% X 20%).

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 03.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Não foram contemplados OPMEs neste valor referencial.

OBS

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TENOSSINOVITE DE FLEXORES – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	607,59	768,59	784,19	849,59	904,19	1.091,51
Honorários Médicos da Equipe	645,84	645,84	645,84	645,84	645,84	645,84
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TENOSSINOVITE DE FLEXORES– REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	545,59	651,59	749,59
Honorários Médicos da Equipe	645,84	645,84	645,84
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	EXÉRESE DE CISTO SINOVIAL	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
84.80.234-7	84.80.234-9	84.80.234-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE DAY COMPOSTA	1
-----	---	----------------------	---

- 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.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30722713	Ressecção de cisto sinovial	3B	100	1	1

SADT

- Este valor referencial não contempla SADT.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 01.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Não foram contemplados OPMEs neste valor referencial.

OBS

- Valor referencial contempla apenas unidade Day.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

EXÉRESE DE CISTO SINOVIAL – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	456,55	517,55	525,95	560,35	590,35	711,06
Honorários Médicos da Equipe	189,45	189,45	189,45	189,45	189,45	189,45
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

EXÉRESE DE CISTO SINOVIAL – REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	415,55	477,55	531,55
Honorários Médicos da Equipe	189,45	189,45	189,45
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PUNHO OU CARPO	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
85.20.810-7	85.20.810-9	85.20.810-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- 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.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30720095	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico	6C	100	1	3
30732026	Enxerto ósseo	8B	25	2	2

- Para a composição dos honorários médicos deste pacote, consideramos que o enxerto ósseo é realizado em 50% dos casos. Como se trata de cirurgias com mesma via de acesso, o tratamento da fratura e/ou luxação (procedimento principal) será remunerado em 100% e o enxerto ósseo, em 50%. Como já citado, o procedimento secundário foi proporcionalizado e, desta forma, chegamos ao percentual de 25% (50% X 50%) para o procedimento "enxerto ósseo".

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica; Raio-x de punho

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 03.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, inclusive fios de Kirschner;
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- 01 placa volar titânio ou equivalente;
- 10 parafusos para placa volar (ou equivalente).

OBS

- Caso seja necessário o uso de fixador externo, o mesmo deverá ser cobrado complementarmente ao pacote, conforme tabela Planserv (código 90001112/ valor: R\$ 1.600,00).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO OU CARPO - UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	5.845,60	5.966,60	5.982,20	6.047,60	6.102,20	7.329,12
Honorários Médicos da Equipe	755,14	755,14	755,14	755,14	755,14	755,14
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO OU CARPO - REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	5.748,60	5.854,60	5.952,60
Honorários Médicos da Equipe	755,14	755,14	755,14
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	LESÕES LIGAMENTARES EM PUNHO OU COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia	
84.80.232-7	84.80.232-9	84.80.232-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- 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.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30722489	Ligamentoplastia com âncora	6A	100	1	4
30722462	Lesões ligamentares agudas da mão – reparação cirúrgica	5B	50	1	1

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 04.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- 01 Âncora

OBS

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

LESÕES LIGAMENTARES EM PUNHO OU COTOVELO – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	2.047,72	2.235,72	2.252,32	2.333,72	2.410,32	2.898,86
Honorários Médicos da Equipe	615,70	615,70	615,70	615,70	615,70	615,70
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

LESÕES LIGAMENTARES EM PUNHO OU COTOVELO - REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	1.985,72	2.113,72	2.233,72
Honorários Médicos da Equipe	615,70	615,70	615,70
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTROSCOPIA CIRÚRGICA DE PUNHO OU COTOVELO	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
85.22.508-7	85.22.508-9	85.22.508-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermagem, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30733090	Tratamento cirúrgico da artrofibrose	10B	100	1	6

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial, incluindo fios de Kirschner. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Lâmina de Shaver
- Mini-ponteira
- Bomba de infusão
- Âncora (valor proporcionalizado em 50%)

OBS

- O Planserv não oferece cobertura para o material "Transdutor do Túnel do Carpo".

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA DE PUNHO OU COTOVELO – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	4.084,55	4.322,55	4.333,15	4.483,55	4.604,15	5.531,46
Honorários Médicos da Equipe	1.308,91	1.308,91	1.308,91	1.308,91	1.308,91	1.308,91
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

ARTROSCOPIA CIRÚRGICA DE PUNHO OU COTOVELO – REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	3.953,55	4.151,55	4.411,55
Honorários Médicos da Equipe	1.308,91	1.308,91	1.308,91
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	LESÃO DE TENDÃO 1 OU MAIS DÍGITOS- TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
84.80.312-7	84.80.312-9	84.80.312-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1

- 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.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30731143	Tenorrafia no túnel osteofibroso – mais de 2 dígitos	6A	100	1	3
31403255	Microneurorrafia de dedos da mão	8B	25	2	4

- Para a composição dos honorários médicos deste pacote, consideramos que a microneurorrafia de dedos da mão é realizada em 50% dos casos. Como se trata de cirurgias com mesma via de acesso, a tenorrafia (procedimento principal) será remunerada em 100% e a microneurorrafia, em 50%. Como já citado, o procedimento secundário foi proporcionalizado e, desta forma, chegamos ao percentual de 25% (50% X 50%) para o procedimento "microneurorrafia de dedos da mão".

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 04.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Não contempla OPME.

OBS

- Mesmo a lesão sendo apenas de um dígito, o código CBHPM de referência será o correspondente à tenorrafia no túnel osteofibroso de mais de 2 dígitos.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

LESÃO DE TENDÃO 1 OU MAIS DÍGITOS – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	861,94	1.049,94	1.066,54	1.147,94	1.224,54	1.475,93
Honorários Médicos da Equipe	669,02	669,02	669,02	669,02	669,02	669,02
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

LESÃO DE TENDÃO 1 OU MAIS DÍGITOS - REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	799,94	927,94	1.047,94
Honorários Médicos da Equipe	669,02	669,02	669,02
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES DA MÃO	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código – Honorários Cirúrgicos	Código – Honorários Anestesiologia
84.80.110-7	84.80.110-9	84.80.110-8 CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1
-----	---	---------------------------	---

- 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.
- Para as unidades hospitalares, está contemplada uma diária de unidade aberta. Para Hospital Dia, está contemplada 01 diária Day.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES
30101522	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores- excisão e retalhos cutâneos da região	8B	100	1	3

SADT

- Contemplado: Assistência fisioterápica (unidades hospitalares).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 03.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média e mediana histórica de utilização.

OPME

- Não estão contemplados OPMEs neste valor referencial.

OBS

- Este valor referencial não contempla a exérese de cisto sinovial. Para este procedimento, há código específico (84.80.234-).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES DA MÃO – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	758,81	919,81	935,41	1.000,81	1.055,41	1.272,97
Honorários Médicos da Equipe	826,68	826,68	826,68	826,68	826,68	826,68
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE					

EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES DA MÃO – REGIME DAY

SEGMENTO	Classe C	Classe B	Classe A
Parte Hospitalar	696,14	802,14	900,14
Honorários Médicos da Equipe	826,68	826,68	826,68
Honorários Médicos do Anestesiologista	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE		

12. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY C	DAY B	DAY A
Tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo	84.80.409-9	84.80.409-8	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7	84.80.409-7
	1.061,50	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	708,33	940,33	961,93	1.071,33	1.180,93	1.423,60	635,33	807,33	971,33
Tratamento cirúrgico da tenossinovite de flexores	84.80.321-9	84.80.321-8	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7	84.80.321-7
	645,84	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	607,59	768,59	784,19	849,59	904,19	1.091,51	545,59	651,59	749,59
Exérese de cisto sinovial	84.80.234-9	84.80.234-8	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7	84.80.234-7
	189,45	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	456,55	517,55	525,95	560,35	590,35	711,06	415,55	477,55	531,55
Tratamento cirúrgico da fratura e/ou luxação de punho ou carpo	85.20.810-9	85.20.810-8	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7	85.20.810-7
	755,14	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	5.845,60	5.966,60	5.982,20	6.047,60	6.102,20	7.329,12	5.748,60	5.854,60	5.952,60
Lesões ligamentares em punho ou cotovelo - tratamento cirúrgico	84.80.232-9	84.80.232-8	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7	84.80.232-7
	615,70	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	2.047,72	2.235,72	2.252,32	2.333,72	2.410,32	2.898,86	1.985,72	2.113,72	2.233,72
Artroscopia cirúrgica de punho ou cotovelo	85.22.508-9	85.22.508-8	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7	85.22.508-7
	1.308,91	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	4.084,55	4.322,55	4.333,15	4.483,55	4.604,15	5.531,46	3.953,55	4.151,55	4.411,55
Lesão de tendão 1 ou mais dígitos- Tratamento Cirúrgico	84.80.312-9	84.80.312-8	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7	84.80.312-7
	669,02	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	861,94	1.049,94	1.066,54	1.147,94	1.224,54	1.475,93	799,94	927,94	1.047,94
Tratamento cirúrgico de extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores da mão	84.80.110-9	84.80.110-8	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7	84.80.110-7
	826,68	CONSULTAR O VR DA ESPECIALIDADE	758,81	919,81	935,41	1.000,81	1.055,41	1.272,97	696,14	802,14	900,14