

FEVEREIRO  
2014

Valor Referencial

**MASTOLOGIA**

**VALOR REFERENCIAL**

**PROCEDIMENTO:**

**MASTOLOGIA**

**REVISÃO E ATUALIZAÇÃO**

**FEVEREIRO 2014**

GOVERNADOR DO ESTADO  
JAQUES WAGNER

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO  
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

---

## **REALIZAÇÃO**

---

COORDENADOR GERAL  
SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO  
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE

COORDENAÇÃO  
Dr. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

ASSESSORIA TÉCNICA  
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração  
Elaboração Valor referencial Procedimento: MASTOLOGIA. 2ª ed.  
Salvador: SAEB/CGPS, 2014.

p. 55

1. Revisão e Atualização do Valor Referencial: MASTOLOGIA. PLANSERV.

## Índice

1. APRESENTAÇÃO .....	05
2. OBJETIVO .....	09
3. JUSTIFICATIVA .....	09
4. MATERIAL .....	09
5. MÉTODO .....	10
6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES .....	10
7. CONTROLE E AUDITORIA .....	10
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS .....	11
9. INFORMAÇÕES TÉCNICAS E ORIENTAÇÕES SOBRE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS .....	17
9.1. LINFONODO SENTINELA.....	17
9.2. ROLL – LOCALIZAÇÃO DE LESÃO OCULTA RADIOGUIADA .....	18
9.3. CIRURGIA DO CÂNCER DE MAMA – PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS E TERAPÊUTICOS DENTRO DO MESMO ATO CIRÚRGICO .....	19
9.4. MASTECTOMIA PROFILÁTICA .....	21
9.5. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS DA MAMA .....	22
9.6. COMENTÁRIO E ANÁLISE DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA .....	23
10. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS .....	24
10.1. MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA .....	25
10.2. MASTECTOMIA SIMPLES OU TOTAL .....	27
10.3. QUADRANTECTOMIA COM ESAZIAMENTO AXILAR COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO CUTÂNEO .....	29
10.4. RESSECÇÃO SEGMENTAR .....	31
10.5. EXTIRPAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO ÚNICO .....	33
10.6. EXTIRPAÇÃO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS .....	35
10.7. EXTIRPAÇÃO DE 5 OU MAIS NÓDULOS MAMÁRIOS .....	37
10.8. LINFADENECTOMIA AXILAR .....	39
10.9. LINFONODO SENTINELA - PROC. ASSOCIADO À MAST OU QDT .....	41
10.10. ROLL PROC. ASSOCIADO .....	42
10.11. RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA – UNILATERAL .....	44
10.12. EXTIRPAÇÃO DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA .....	46
10.13. CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA .....	48
10.14. GINECOMASTIA UNILATERAL .....	50
10.15. GINECOMASTIA BILATERAL .....	52
11. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS .....	54

## VALOR REFERENCIAL EM MASTOLOGIA

### 1. APRESENTAÇÃO

A MASTOLOGIA é a especialidade médica que estuda e trata a mama feminina e masculina.

Diversas são as patologias que acometem as mamas, mas sem dúvida o câncer de mama é aquele que demanda a maior atenção desta especialidade. É o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o câncer mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Em 2012, esperam-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres.

Sem considerar os tumores da pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

Em 2010 o número de mortes foi de 12.852, sendo 147 homens e 12.705 em mulheres.



Com relação à vida reprodutiva da mulher, cabe ressaltar que o número de ciclos ovarianos está diretamente associado ao risco de desenvolver câncer da mama, diminuindo cerca de 15% a cada ano de retardo do início da menarca, bem como aumentando aproximadamente 3% a cada ano de retardo da menopausa. Sabe-se que a menopausa artificial apresenta efeito semelhante à menopausa natural.

A ocorrência do câncer da mama também se encontra relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que se observa para o câncer do colo do útero.

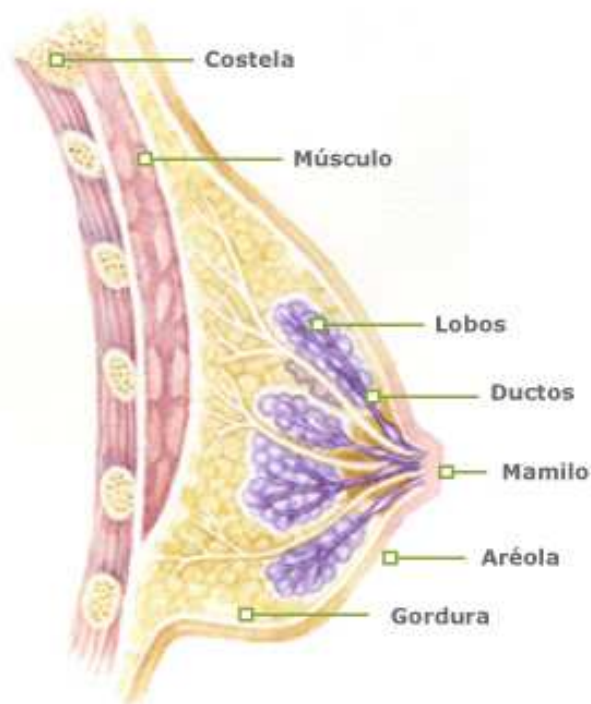
A história familiar de câncer da mama está associada a um aumento de cerca de duas a três vezes no risco de desenvolver essa neoplasia. Alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, como, por exemplo, BRCA1, BRCA2 e p53 aumentam o risco de desenvolver câncer da mama.

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce. A amamentação, a prática de atividade física e a alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse câncer.

No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para controle do câncer da mama. As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer baseiam-se no Controle do câncer de mama: documento de consenso, de 2004, que considera, como principais estratégias de rastreamento, o exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos. No contexto do Planserv nossa recomendação é para realização de um exame mamográfico a cada 02 anos entre os 40 e 50 anos de idade, e um exame mamográfico anualmente para mulheres acima de 50 anos de idade.

Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama (com história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ, ou mulheres com gene BRCA mutado), recomendamos o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%.



O quadro abaixo demonstra as estimativas no **Brasil** para o ano 2012 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária (**Apenas mulheres**).\*

ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS - BRASIL	ESTADOS		CAPITAIS	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	52.680	52,50	18.160	78,02
Colo do Útero	17.540	17,49	5.050	21,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	10,08	3.060	13,31
Cólon e Reto	15.960	15,94	5.850	25,27
Estômago	7.420	7,42	2.170	9,47
Cavidade Oral	4.180	4,18	1.130	4,92
Bexiga	2.690	2,71	880	3,72
Esôfago	2.650	2,67	520	2,27
Ovário	6.190	6,17	2.220	9,53
Linfoma não Hodgkin	4.450	4,44	1.560	6,85
Glândula Tireoide	10.590	10,59	3.490	14,97
Sistema Nervoso Central	4.450	4,46	1.200	5,23
Leucemias	3.940	3,94	1.180	5,02
Corpo do Útero	4.520	4,53	1.700	7,39
Pele Melanoma	3.060	3,09	790	3,46
Outras Localizações	38.720	38,61	10.320	44,50
<b>Subtotal</b>	<b>189.150</b>	<b>188,58</b>	<b>59.280</b>	<b>254,86</b>
Pele não Melanoma	71.490	71,30	15.900	68,36
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>260.640</b>	<b>259,86</b>	<b>75.180</b>	<b>323,22</b>

i. Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10 (Fonte – INCA).

O quadro abaixo demonstra as estimativas na **Bahia** para o ano 2012 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária (**Apenas mulheres**).\*

ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS - BRASIL	BAHIA		SALVADOR	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	2.110	27,64	810	52,74
Colo do Útero	1.030	13,52	240	15,45
Traqueia, Brônquio e Pulmão	330	4,28	120	7,97
Cólon e Reto	540	7,03	210	13,72
Estômago	370	4,81	90	6,18
Cavidade Oral	220	2,86	60	3,99
Laringe	-	-	-	-
Bexiga	80	1,06	30	1,76
Esôfago	130	1,69	30	2,01
Ovário	320	4,18	110	7,06
Linfoma não Hodgkin	160	2,13	70	4,55
Glândula Tireoide	270	3,56	80	5,22
Sistema Nervoso Central	190	2,47	70	4,50
Leucemias	200	2,62	60	4,04
Corpo do Útero	190	2,55	90	5,65
Pele Melanoma	60	0,85	30	1,96
Outras Localizações	1.560	20,48	430	28,04
<b>Subtotal</b>	<b>7.760</b>	<b>101,57</b>	<b>2.530</b>	<b>165,69</b>
Pele não Melanoma	2.530	33,09	270	17,85
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>10.290</b>	<b>134,68</b>	<b>2.800</b>	<b>183,37</b>

- Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10 (Fonte – INCA).



## **2. OBJETIVO**

- Revisar e atualizar os valores referenciais em MASTOLOGIA;

## **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 mantida 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 Rol de Procedimentos Planserv;
- Materiais e Medicamentos: Valores praticados nos pacotes anteriores da mastologia;
- 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 MASTOLOGIA.
- OBSº Prestadores credenciados em MASTOLOGIA 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, contratados ou referenciados, que não encaminharem ofício de não aceitação, não poderão se negar a realizar estes procedimentos.

## 7. CONTROLE E AUDITORIA

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

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

## 8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Para elaboração dos valores referenciais anteriores de Mastologia o Planserv reuniu-se com representantes Sociedade de MASTOLOGIA (Segmento – Bahia) e mastologistas que representam a rede credenciada da especialidade. Esta atualização manteve os preceitos principais, atualizou valores e promoveu adequações ajustando as fronteiras de fragilidade do pacote anterior;
- 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, conforme demonstrativo abaixo:
- A quantidade de diária e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
- **Honorários médicos:** Usado codificação e descritivo da CBHPM 5ª Edição (2008) e valores da 4ª Edição.
- 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 a 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 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, 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 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 (AMB 92) 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 à remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
    - Quando o último dígito for 8, o código faz referência à remuneração dos honorários de anestesiologia;
    - Quando o último dígito for 7, o código faz referência à 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);

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

**Exemplo (fictício):**

O procedimento de Mastectomia será realizado por um médico 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:

- 84.50.301-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
- 84.30.301-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista 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 Celestial (Parte do Hospital)
- 84.30.518-8 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesista).
- 84.30.518-9 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Cirúrgicos)

- Desta forma, toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- As solicitações 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 (CNPJ da AP);
- As solicitações de correções ou reanálises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a AP não poderá mais ser alterada;
- O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderá ser realizado através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica **CRENCIADA** ao Planserv e responsável pelo procedimento.

- Observação 1: Caso a equipe médica não tenha pessoa jurídica credenciada ao Planserv, a mesma não poderá realizar a cobrança diretamente ao Planserv. Neste caso, o código correspondente a estes honorários será autorizado para o CNPJ do hospital e este se responsabilizará pelo repasse dos honorários ao profissional;
- Observação 2: Não poderá ser autorizado o código referente aos honorários da equipe cirúrgica, para um CNPJ de um profissional outro, que não faça parte da equipe cirúrgica e que não tenha participado do ato operatório;
  - Observação 3: O valor da equipe médica cirúrgica (cirurgião e auxiliares) será autorizado em bloco para um único CNPJ. O Planserv não segmentará a autorização dos honorários médicos cirúrgicos (cirurgião separado de cada auxiliar). O repasse dos honorários de cada membro da equipe é da total responsabilidade do representante legal da pessoa jurídica que efetuou a cobrança destes honorários ao Planserv;



## 9. INFORMAÇÕES TÉCNICAS E ORIENTAÇÕES SOBRE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

### LINFONODO SENTINELA:

O tratamento cirúrgico do câncer habitualmente é mutilador. A medicina tem buscado minimizar esta mutilação e seus efeitos nocivos. A Mastectomia Radical traz um impacto psicológico bastante danoso à paciente, pois a mama está relacionada com a simbologia da mãe (através da amamentação), com a simbologia da sensualidade feminina e com a própria simbologia da beleza da mulher. A perda da mama sempre foi e continua sendo acompanhada de um drástico pesar.

Para minimizar a mutilação provocada pela mastectomia evoluímos (nos casos possíveis) para a quadrantectomia, que reduz em  $\frac{1}{4}$  a área mamária a ser extirpada, diminuindo em sobre maneira a mutilação mamária. Entretanto o esvaziamento axilar mandatório nas mastectomias radicais do passado, não tinham até pouco tempo sido minimizadas. As linfadenectomias axilares deixam um cavum axilar mais profundo e em algumas pacientes um linfedema no braço ipsilateral que incomoda bastante as pacientes. Na expectativa de reduzir os casos de linfadenectomia desnecessárias, a mastologia avançou para a técnica de identificação do linfonodo sentinela.

O conceito do linfonodo sentinela parte do princípio que a drenagem da linfa mamária para as cadeias linfonodais da axila passa por um linfonodo inicial, que seria o primeiro linfonodo da cadeia linfática, ou seja o linfonodo que está na frente de toda a cadeia linfática (e por isso sentinela – como um porteiro). Partindo deste princípio, antes da cirurgia, é injetado na mama (na região sub-areolar ou peritumoral) um radio-isótopo que após algumas horas será naturalmente drenado juntamente com a linfa mamária em direção a cadeia de linfonodos da axila, e por tanto para o linfonodo sentinela. Este processo é realizado na sala de medicina nuclear e habitualmente chamado de marcação, ou linfocintilografia.

A segunda etapa é na sala de cirurgia, onde o mastologista faz uma abertura na axila (ou pela própria abertura da cirurgia realizada na mama – quando possível) e rastreia o linfonodo sentinela com um aparelho “Gama-Probe”. Semelhante a um contador “Geiger” este aparelho rastreia a radiação do isótopo injetado previamente. Através de som e de um display alfa-numérico, o Gama-Probe denuncia a localização do linfonodo sentinela. Esta etapa é chamada de detecção intra-operatória.

A terceira e última etapa é a retirada do linfonodo sentinela pelo mastologista e o encaminhamento para a Anatomia Patológica de congelação. Esta etapa é chamada de extirpação ou exereses do linfonodo sentinela.

Se o estudo anátomo-patológico demonstra não haver lesão neoplásica no linfonodo sentinela, o cirurgião declina e não mais realiza o esvaziamento da axila, em caso contrário o mesmo deve fazer o esvaziamento das cadeias linfonodais axilares.

NOTA: A extirpação do linfonodo sentinela só é coberto pelo Planserv para pacientes com comprovado diagnóstico de câncer de mama, para prestadores que comprovarem dispor da tecnologia.

## **ROLL – Localização de Lesão Oculta Radioguiada:**

O ROLL tem técnica semelhante ao linfonodo sentinela, mas propósitos diferentes. No caso do ROLL a intenção é localizar e retirar uma lesão mamária suspeita, pequena e impalpável, que seria impossível ou muito difícil sem um método que oriente o cirurgião. Algumas lesões mamárias como microcalcificações, distorções assimétricas e mesmos nódulos diminutos, são praticamente impossíveis de serem retirados sem um método que ajude a localizá-los no intra-operatório. Para as lesões com suspeitas de malignidade e que apresentam tais características é que deve ser utilizado o ROLL.

A técnica do ROLL é semelhante ao linfonodo sentinela, só que neste caso o radio-isótopo é injetado com um diluente de alto peso molecular onde seu escoamento natural pela linfa é difícil e mais demorado, fazendo com que o radio-isótopo permaneça no local injetado por mais tempo. Portanto o radio-isótopo é injetado previamente diretamente na lesão (e apenas neste local) com ajuda de métodos de imagem. Esta etapa também é realizada na sala de imagem e na sala de medicina nuclear, chamada de "Injeção do Rádio-Isótopo ou Injeção de Radio-Fármaco ou Marcação ou Demarcação para ROLL (Não se aplica o termo linfocintilografia para estes casos).

O passo seguinte é semelhante ao que acontece no linfonodo sentinela, o mastologista faz uma abertura na mama sobre o local da lesão, e rastreia com o Gama-Probe, que denunciará a lesão, sendo então a mesma extirpada pelo mastologista.

Em seguida a lesão será encaminhada para a anatomia patológica de congelação ou parafina. Quando há bastante evidência clínica de malignidade da lesão, o mastologista pode programar o ROLL seguido de mastectomia ou quadrantectomia, desde que tenha discutido previamente com a paciente. Neste caso a peça é encaminhada para a congelação, e caso confirme a malignidade a mastectomia pode ser realizada a seguir. Caso a congelação não confirme (ou pare dúvidas), a peça deve ser encaminhada para a parafina e aguardar o resultado definitivo.

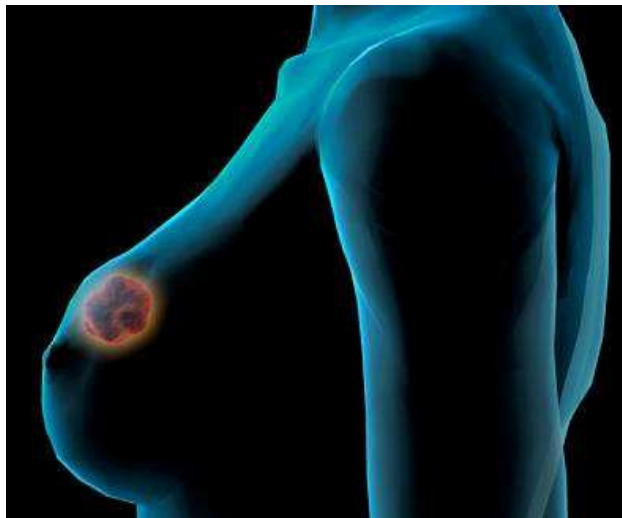
### **NOTA:**

Anteriormente a técnica do ROLL só era coberta pelo Planserv em lesões impalpáveis e com suspeita de malignidade, ou seja em lesões BI-RADS 4 ou 5 ou lesões que já tinham confirmação pela anatomia patológica. Esta cobertura criterizada encontrava lastro técnico (apenas lesões impalpáveis tem indicação técnica) e administrativa (apenas lesões com suspeita de malignidade eram cobertas). Contudo, lesões impalpáveis sem caracterização de malignidade, lesões indeterminadas e até mesmo lesões suspeita de benignidade, eram fontes de freqüentes problemas e divergências com a classe médica e por conseguinte com as beneficiárias. O pleito para que o Planserv incluísse cobertura do ROLL também para lesões benignas e impalpáveis, foi atendido, e a partir da vigência deste documento o Planserv altera a forma de autorização e cobrança da técnica do ROLL para contemplar estas situações. Mantendo obviamente a condição de só autorizar em lesões impalpáveis.

A partir deste documento o Planserv dispõe agora de um código que remunera a técnica cirúrgica do ROLL. Portanto em todas as situações a utilização e cobrança da técnica de ROLL será sempre complementar a outros códigos de procedimento. Portanto, quando forem realizadas as técnicas de ROLL associado a Mastectomia ou extirpação de nódulo, o prestador deve solicitar o código da Mastectomia ou da Exrtirpação do nódulo, mais o procedimento "ROLL – Procedimento Associado (

## CIRURGIA DO CÂNCER DE MAMA – PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS E TERAPÊUTICOS DENTRO DO MESMO ATO CIRÚRGICO.

Como já mencionamos nos tópicos sobre ROLL e Linfonodo Sentinela, hoje em dia é habitual que o mastologista programa a investigação diagnóstica e a terapêutica definitiva, para o mesmo ato cirúrgico. Baseado na propedêutica clínica ou armada, muitos casos são encaminhados para a investigação diagnóstica já com suspeita elevada de câncer da mama. Nestes casos o mastologista já informa para a paciente previamente que fará a biópsia do nódulo (ROLL) ou do Linfonodo (Sentinela) e no intra-operatório caso a anatomia de congelação confirme a neoplasia, o cirurgião avançará para o procedimento terapêutico, ou seja para a mastectomia ou quadrantectomia (no caso do ROLL) e para o esvaziamento axilar (no caso do sentinela).



Do ponto de vista operacional a solicitação do procedimento pelo mastologista e a autorização por parte do Planserv deverá seguir a seguinte rotina.

- Para casos onde já se tem a confirmação de malignidade da lesão mamária, assim como já está certo sobre a realização do esvaziamento axilar: Deverá ser solicitado exclusivamente o Valor Referencial (Pacote) de Mastectomia com Esvaziamento Axilar ou Quadrantectomia com Esvaziamento Axilar. Nestes casos não caberá a solicitação e autorização do ROLL ou Linfonodo Sentinela. Sugere retirada!!!
- Para casos onde já se tem a confirmação de malignidade da lesão mamária, mas ainda não há confirmação se fará ou não o esvaziamento axilar, ou seja, será inicialmente realizada a retirada do Linfonodo sentinela e depois poderá ou não prosseguir para o esvaziamento axilar. Nestes casos o prestador pode solicitar o procedimento de duas maneiras, sendo:
  1. O cirurgião pode solicitar a Mastectomia ou Quadrantectomia **SEM** o esvaziamento axilar, associado ao Linfonodo Sentinela. Esta opção deve ser a preferida se há pouca evidência de que o linfonodo sentinela esteja comprometido.
    - Caso a congelação do linfonodo sentinela seja positivo para malignidade, o que levará consequentemente para o esvaziamento linfático axilar, o prestador deve pedir alteração do código de Mastectomia ou Quadrantectomia **SEM** esvaziamento para Mastectomia ou Quadrantectomia **COM** Esvaziamento. Neste caso fica mantida a autorização do Valor Referencial do Linfonodo Sentinela associado.
    - Caso a congelação do Linfonodo sentinela seja negativo para malignidade, não há alteração a ser feita.
  2. Outra opção é solicitar ainda a Mastectomia ou Quadrantectomia **COM** o esvaziamento axilar, associado ao Linfonodo Sentinela. Esta opção deve ser a preferida se há forte evidência de que o linfonodo sentinela esteja comprometido.
    - Caso a congelação do linfonodo sentinela seja negativo para malignidade, o que consequentemente dispensará o esvaziamento axilar, o prestador deve pedir

alteração do código de Mastectomia ou Quadrantectomia **COM** esvaziamento para Mastectomia ou Quadrantectomia **SEM** Esvaziamento. Neste caso fica mantida a autorização do Valor Referencial do Linfonodo Sentinela associado.

- Caso a congelação do Linfonodo sentinela seja positivo para malignidade não há alteração a ser feita.

**NOTA:** A auditoria deve estar atenta às necessidades destas alterações de códigos, só validando a conta, quando de fato os códigos autorizados estiverem alinhados com a cirurgia realizada.

- Para casos onde não há confirmação diagnóstica da lesão mamária assim como não se sabe se será realizado o esvaziamento axilar, ou seja: Será realizado inicialmente uma biópsia incisional ou ROLL e só depois saberá se evoluirá para Mastectomia ou Quadrantectomia. Neste caso o cirurgião pode solicitar o procedimento de duas maneiras, sendo:
  1. Solicitar inicialmente apenas o ROLL ou a Biópsia Incisional (ou excisional). Esta opção deve ser a preferida se há pouca evidência de malignidade da lesão mamária.
    - Caso a congelação da lesão mamária seja positiva para malignidade, o cirurgião pode prosseguir para Mastectomia ou Quadrantectomia, e ainda para a extirpação do Linfonodo sentinela. Este por sua vez, se também for positivo para malignidade, indicará o esvaziamento axilar. Nestes casos o cirurgião deve solicitar inclusão dos códigos adicionais conforme a cirurgia definitiva.
    - Caso a congelação da lesão mamária seja negativa para malignidade, não há alterações ou inclusões a serem feitas.
  2. Outra opção é solicitar diretamente o ROLL ou a Biópsia Incisional (ou excisional) e ainda o procedimento definitivo (Mastectomia ou Quadrantectomia), Esta opção deve ser a preferida se há evidência de malignidade da lesão mamária.
    - Caso a congelação da lesão mamária seja negativa para malignidade dispensará o procedimento definitivo (a mastectomia ou quadrantrectomia será suspensa) e neste caso o hospital e o auditor deve informar ao Planserv para excluir o pacote da Mastectomia ou Quadrantectomia, deixando apenas o ROLL ou a Biópsia Incisional (ou excisional).=
      - Caso a congelação da lesão mamária seja positiva para malignidade, não há alterações ou inclusões a serem feitas. Neste caso poderá ainda ser necessária a realização do linfonodo sentinela, que poderá ser solicitado a inclusão.

## **MASTECTOMIA PROFILÁTICA:**

Como já foi descrito no item "APRESENTAÇÃO" a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível, sendo a detecção precoce ainda o meio mais eficaz de minimizar os efeitos desta patologia. A busca de identificação de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama evoluiu bastante e diversos fatores já podem ser identificados o que permite extratificar o risco individual de uma mulher em desenvolver ou não esta doença. A exemplo citamos a mutação nos genes BRCA1 e BRCA2. Mulheres que apresentam estas mutações genéticas apresentam até 85% de chance de desenvolver câncer de mama antes dos 70 anos de idade.

Uma nova perspectiva, mas um tanto agressiva e polêmica, surgiu nos últimos anos para estas mulheres com risco bastante elevados de desenvolver câncer de mama, que é a mastectomia profilática bilateral. Esta técnica propõe uma adenomastectomia bilateral (retirada de toda a glândula mamária, deixando entretanto pele, aréola e mamilo, musculatura anterior do tórax e linfonodos axilares) seguida imediatamente por uma reconstrução mamária. A premissa é evitar que esta mulher de risco elevado venha desenvolver um câncer de mama, podendo inclusive ter sua vida ceifada por esta doença.

Contudo esta técnica ainda traz muitas polêmicas, não apenas pelos aspectos técnicos, mas pelo aspecto ético, legal e social, pois além de não assegurar em 100% que a paciente não terá câncer de mama, propõe o tratamento com o que há de mais delicado na terapêutica do câncer, que é a extirpação da glândula mamária.

Recentemente uma grande atriz do cinema norte americano povou as capas das principais revistas do mundo inteiro, após declarar ter se submetido a mastectomia profilática bilateral. Este fato trouxe novamente a tona a discussão sobre o assunto.

Não conhecemos orientações do Ministério da Saúde sobre este procedimento. A ANS no ROL de procedimentos médicos de cobertura obrigatória dos Planos de Saúde também não faz qualquer referência a cobertura da mastectomia profilática, ainda que contemple o código de adenomastectomia. O CFM - Conselho Federal de Medicina também não faz referência direta sobre o tema. A Sociedade Brasileira de Mastologia faz referência sobre o assunto mas não define um protocolo de condutas.

Preocupado e sensível ao tema, o Planserv, que já havia se reunido em 2011 com os mastologistas e discutido o assunto, voltou a consultar a Sociedade Brasileira de Mastologia, através do presidente da sucursal Bahia desta mesma sociedade. Nosso objetivo foi obter uma orientação técnica que lastreasse a cobertura deste procedimento. O fato é que infelizmente a Sociedade Brasileira de Mastologia ainda não publicou nenhum documento que normalizasse este procedimento, ou mesmo nos tenha oferecido um norteador com esta finalidade. A expectativa do representante do capítulo Bahia desta sociedade é que em 2014 este documento possa ser elaborado.

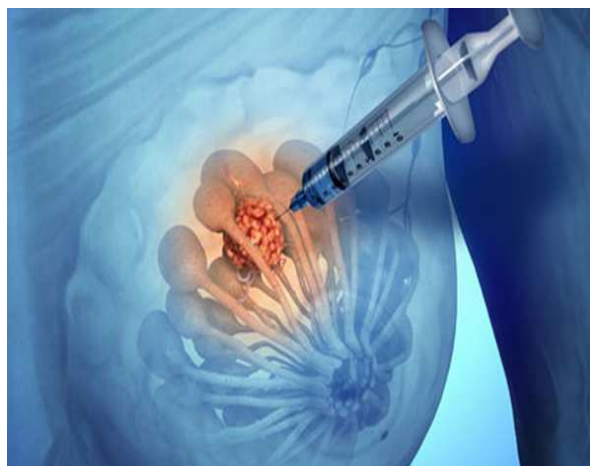
Este fato muito nos preocupa, pois a despeito da Sociedade de Mastologia não ter um documento norteador para este procedimento, a mesma reconhece a indicação e realização do mesmo pelos seus associados, causando um sério problema para o sistema de saúde, que não tem como incorporar este procedimento no escopo de cobertura assistencial. Nossa expectativa é que a Sociedade Brasileira de Mastologia possa tão logo que possível publicar este orientador permitindo que a comunidade e os sistemas de saúde (incluimos o Planserv neste contexto) possa incluir a cobertura deste procedimento de forma segura e clara, sem riscos de indicações indevidas ou outras consequências danosas às nossas pacientes.

## PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS DA MAMA:

Para obter o diagnóstico precoce das lesões neoplásicas da mama, por muitas vezes o mastologista precisa lançar mão de procedimentos diagnósticos invasivos para colher amostras da lesão a fim de encaminhar para análise da anatomia patológica, e assim poder confirmar ou afastar o diagnóstico de câncer de mama.

Dentre os métodos diagnósticos mais comuns estão: A PAAF ou BAAF, punção ou biópsia da mama com agulha fina; A Biópsia de Segmento ou Core Biopsy (realizada com uma agulha mais grossa) e mais recentemente a MAMOTOMIA, que além de diagnóstico pode ser terapêutico (em lesão pequena).

- PAAF ou BAAF: Procedimento que consiste em introduzir uma agulha fina (agulha comum de injeção) na mama, até o nódulo. No momento que atinge o nódulo é realizada uma pressão negativa no êmbolo da seringa (muito vezes acopladas em uma pistola para aumentar a pressão negativa). Com a pressão negativa mantida, o mastologista pode promover movimentos de “vai e vem” dentro do nódulo. Esta pressão negativa e este movimento têm como objetivo aspirar células para dentro da agulha. Depois de retirada a agulha, o examinador borriфа o conteúdo da agulha numa lâmina de vidro que será encaminhada para a análise através de CITOLOGIA (neste caso não são encaminhados fragmentos).



- CORE BIOPSY ou BIÓPSIA DE SEGMENTO: Este procedimento é realizado através de uma agulha grossa especial. Há no mercado dois modelos de agulha, sendo uma automática e outra semi-automática.
  - i. Agulha automática: A agulha automática é um dispositivo que acopla na pistola automática de Core Biópsia (completamente diferente da pistola de PAAF). NOTA: A pistola não é descartável, apenas a agulha.
  - ii. Agulha semi-automática: Não dispõe de dispositivo associado, o mecanismo de disparo fica na própria agulha. Este dispositivo é descartável.

Ambas as agulhas servem ao mesmo propósito e podem ser utilizadas sem prejuízo ao procedimento. Estas agulhas também penetram a mama em direção ao nódulo, ao penetrar no nódulo a agulha é “armada” (é aberto um segmento da agulha que fará o corte). Após penetrar no nódulo com a agulha armada, um dispositivo dispara uma segunda lâmina (na própria agulha) promovendo um corte e extirpação de um fino fragmento, que fica retido dentro da agulha, que então é retirada, e em seguida retirado o fragmento e colocado dentro do formol. Este processo pode ser repetido para retirada de novos fragmentos. Após a retirada, estes fragmentos são encaminhados para a análise através de HISTOLOGIA (e não mais citologia).

- MAMOTOMIA: Este procedimento só pode ser realizado com a utilização de um equipamento “MAMOTOME”. Com técnica um pouco parecida da Core Biópsia, o mastologista faz uma pequena perfuração na mama, por onde introduzirá uma sonda ou “agulha especial” (mais calibrosa que a agulha de Core). Ao chegar à lesão o aparelho é acionado e uma pequena lâmina circular na ponta da sonda promoverá uma escavação no nódulo, retirando fragmento em movimentos rotatório, podendo fazer sua extirpação total (quando o nódulo é pequeno).

**COMENTÁRIO E ANÁLISE DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA:** Analisando apenas o objetivo principal do procedimento, que é a capacidade de diagnóstico, a mamotomia apresenta resultados semelhantes quando comparado com a biópsia de segmento ou core (quando ambas são realizadas adequadamente), ou ainda com a biópsia incisional ou excisional. Se observarmos a segurança, a core é pouco mais segura e apresenta um pouco menos de intercorrência. A indicação e vantagem da mamotomia seria apenas em lesões sólidas pequenas, BI-RADS 4 ou 5.

Entretanto para estes casos podem e são utilizadas as mesmas técnicas convencionais, como a PAAF, a CORE e as biópsias incisionais e excisionais. Cabe comentar que a utilização desta técnica agrega um custo adicional do equipamento bastante elevado. Atualmente o Planserv não cobre esta técnica e portanto não tem referência própria de preços, contudo baseado em proposta recebidas e preços praticados no mercado, observamos que o custo final deste procedimento é bem superior as demais técnicas inclusive quando comparada a extirpação cirúrgica da lesão. Diante do exposto, considerando que os desfechos clínicos são equivalentes, considerando ainda a estreita indicação do método, e a diferença significativa de custos entre eles, o Planserv decidiu por manter o procedimento de MAMOTOMIA **sem cobertura** por este plano.

**Os demais procedimentos citados são cobertos pelo Planserv, sendo que alguns deles são contemplados por pacotes, e apesar de não fazer parte deste documento, podem ser encontrados no documento de "Valor Referencial - Procedimentos Ambulatoriais", no site do Planserv.**

## 10. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

### MASTECTOMIA - INFORMAÇÕES TÉCNICAS



O tratamento do câncer de mama é essencialmente cirúrgico. Outras técnicas terapêuticas como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, são bastante importantes, entretanto a cirurgia certamente tem o papel de destaque nesta terapêutica.

A cirurgia da mama pode ser Mastectomia Radical, Mastectomia Radical Modificada, Mastectomia Total, Adenomastectomia e a Quadrantectomia.

- A Mastectomia Radical (Halsted – Menos realizada hoje em dia) e a Mastectomia Radical Modificada (Patey e Maden – Mais utilizadas), 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 das três cadeias de linfonodos axilares.
- A Mastectomia Total ou Simples retira a mama completamente mais preserva os segmentos retro-mamários (músculos) e cadeias de linfonodos.
- 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 Quadrantectomia ou Segmentectomia, retira uma parte da mama, equivalente a um quadrante. Deste quadrante é retirada a pele e demais segmentos da mama. Este procedimento pode ser associado ou não com o esvaziamento axilar.



**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Mastectomia radical ou radical modificada</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.110-7	84.70.110-9	84.70.110-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**DIÁRIAS**

UTI	0,05	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,95
-----	------	---------------------------	------

- 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%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602149	Mastectomia radical ou radical modificada	10A	100%	2	5	20%
30602130	Linfadenectomia Axilar	8B	50%	1	4	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e 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 - proporcional, exames laboratoriais e radiológicos proporcionais, quando necessários.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Taxa de Sala Compl. Porte 05, e ainda Respirador (nos casos que necessitem de UTI).

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.
- O Planserv não oferece cobertura à utilização de bisturi harmônico ou Ultracision para este ou para qualquer outro procedimento da mastologia.

**OBS**

## COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

### MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	302,50	385,00	399,00	412,50	426,50	440,00
Taxas	198,00	352,00	363,00	462,00	561,00	561,00
SADT	75,00	87,50	100,00	112,50	125,00	125,00
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	876,32	876,32	876,32	876,32	876,32	876,32
Materiais	1.029,36	1.029,36	1.029,36	1.029,36	1.029,36	1.029,36
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>2.591,18</b>	<b>2.840,18</b>	<b>2.877,68</b>	<b>3.002,68</b>	<b>3.128,18</b>	<b>3.141,68</b>
Honorários Médicos da Equipe	1.209,60	1.209,60	1.209,60	1.209,60	1.209,60	1.209,60
Honorários Médicos do Anestesiologista	489,60	489,60	489,60	489,60	489,60	489,60
<b>Total (Com Honorários Médicos)</b>	<b>4.290,38</b>	<b>4.539,38</b>	<b>4.576,88</b>	<b>4.701,88</b>	<b>4.827,38</b>	<b>4.840,88</b>

#### Tabela de Intercorrências:

Caso hajam 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	811,84	946,61	962,28	977,76	993,43	1.003,66

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Mastectomia simples ou total</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.109-7	84.70.109-9	84.70.109-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Neste valor referencial está contemplado que em 50% dos casos a paciente poderá utilizar 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%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602157	Mastectomia simples	8A	100%	1	3	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles a Assistência Fisioterápica.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 03, Taxa de Sala Compl. 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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.
- O Planserv não oferece cobertura à utilização de bisturi harmônico ou Ultracision para este ou para qualquer outro procedimento da mastologia.

**OBS**

## COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

### MASTECTOMIA SIMPLES

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	242,00	308,00	319,20	330,00	341,20	352,00
Taxas	99,00	182,00	187,00	242,00	286,00	286,00
SADT	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00	100,00
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	630,50	630,50	630,50	630,50	630,50	630,50
Materiais	727,50	727,50	727,50	727,50	727,50	785,70
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>1.869,00</b>	<b>2.028,00</b>	<b>2.054,20</b>	<b>2.130,00</b>	<b>2.195,20</b>	<b>2.264,20</b>
Honorários Médicos da Equipe	688,90	688,90	688,90	688,90	688,90	688,90
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.771,02</b>	<b>2.930,02</b>	<b>2.956,22</b>	<b>3.032,02</b>	<b>3.097,22</b>	<b>3.166,22</b>

### Tabela de Intercorrências:

Caso hajam 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	468,33	486,58	491,73	496,83	501,98	504,58

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Quadrantectomia (segmentectomia) Com Esvaziamento Axilar Com Reconstrução de Retalho Cutâneo</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.116-7	84.70.116-9	84.70.116-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Neste valor referencial está contemplado que em 50% dos casos a paciente poderá utilizar 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%).
- Unidades de DAY **não** poderão realizar este procedimento.

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602190	Quadrantectomia e linfadenectomia axilar	9B	100%	1	4	20%
30602254	Reconstrução parcial da mama pós-quadrantectomia	8A	25%	2	4	20%

- Neste valor referencial foi contemplado que em 50% dos casos poderá ser necessário o tratamento dos retalhos das bordas cirúrgicas (considerado por analogia como "Reconstrução parcial da mama pós quadrantectomia") para correção ou prevenção de possível assimetria.
- NOTA: A reparação ou reconstrução pós quadrantectomia, só é coberta no Planserv nos casos comprovadamente oncológicos e onde tenha ocorrido esvaziamento axilar. Para as demais segmentectomia o Planserv não oferece cobertura deste procedimento complementar.
- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Todos os SADTs foram contemplados, inclusive a Assistência Fisioterápica.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 04, Taxa de Sala Compl. 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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento;
- O Planserv não oferece cobertura à utilização de bisturi harmônico ou Ultracision para este ou para qualquer outro procedimento da mastologia.

**OBS**

## COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

### QUADRANTECTOMIA COM ESVAZIAMENTO AXILAR COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO CUTÂNEO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	242,00	308,00	319,20	330,00	341,20	352,00
Taxas	143,00	253,00	259,00	330,00	396,00	396,00
SADT	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00	100,00
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	570,00	570,00	570,00	570,00	570,00	615,60
Materiais	810,00	810,00	810,00	810,00	810,00	874,80
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>1.935,00</b>	<b>2.121,00</b>	<b>2.148,20</b>	<b>2.240,00</b>	<b>2.327,20</b>	<b>2.448,40</b>
Honorários Médicos da Equipe	1.089,79	1.089,79	1.089,79	1.089,79	1.089,79	1.089,79
Honorários Médicos do Anestesiologista	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>3.420,79</b>	<b>3.606,79</b>	<b>3.633,99</b>	<b>3.725,79</b>	<b>3.812,99</b>	<b>3.934,19</b>

#### Tabela de Intercorrências:

Caso hajam 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	478,20	496,45	501,60	506,70	511,85	514,45

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Ressecção Segmentar (Quadrantectomia)</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.115-7	84.70.115-9	84.70.115-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**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.
- Neste valor referencial está contemplado que em 50% dos casos a paciente poderá utilizar 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%).
- Este procedimento não será contemplado em unidades de DAY.

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602203	Quadrantectomia - Ressecção segmentar	7A	100%	1	3	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).
- NOTA: A reparação ou reconstrução pós quadrantectomia, só é coberta no Planserv nos casos comprovadamente oncológicos e onde tenha ocorrido esvaziamento axilar. Para as demais segmentectomia (como o caso deste valor referencial) o Planserv não oferece cobertura deste procedimento complementar.

**SADT**

- Todos os SADTs foram contemplados.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

## RESSECÇÃO SEGMENTAR

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	121,00	154,00	159,60	165,00	170,60	176,00
Taxas	250,00	325,00	330,00	380,00	420,00	420,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	405,08	405,08	405,08	445,59	445,59	506,35
Materiais	388,26	388,26	388,26	427,09	427,09	485,33
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>1.219,34</b>	<b>1.327,34</b>	<b>1.337,94</b>	<b>1.472,68</b>	<b>1.518,28</b>	<b>1.642,68</b>
Honorários Médicos da Equipe	486,72	486,72	486,72	486,72	486,72	486,72
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.919,18</b>	<b>2.027,18</b>	<b>2.037,78</b>	<b>2.172,52</b>	<b>2.218,12</b>	<b>2.342,52</b>



**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Extirpação de Nódulo Mamário Único</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.117-7	84.70.117-9	84.70.117-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE – UNIDADES HOSPITALARES**

EXTIRPAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO ÚNICO

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	65,00	120,00	120,00	155,00	185,00	185,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	275,00
Materiais	255,00	255,00	255,00	255,00	255,00	280,50
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>630,00</b>	<b>702,00</b>	<b>705,40</b>	<b>742,80</b>	<b>775,80</b>	<b>828,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	187,20	187,20	187,20	187,20	187,20	187,20
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>961,20</b>	<b>1.033,20</b>	<b>1.036,60</b>	<b>1.074,00</b>	<b>1.107,00</b>	<b>1.159,70</b>

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE – UNIDADES DAY**

EXTIRPAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO ÚNICO

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>DAY C</b>	<b>DAY B</b>	<b>DAY A</b>
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	60,00	115,00	170,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	250,00	250,00	250,00
Materiais	255,00	255,00	255,00
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>625,00</b>	<b>698,00</b>	<b>763,00</b>
Honorários Médicos da Equipe	187,20	187,20	187,20
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>956,20</b>	<b>1.029,20</b>	<b>1.094,20</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Extirpação de 2 a 4 Nódulos Mamários</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.190-7	84.70.190-9	84.70.190-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	70%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02 e Taxa de Sala Compl. Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

- O valor referencial contempla a extirpação de 2 até 4 nódulos mamários, sejam na mesma mama ou na mama contra-lateral, independente da via de acesso.
- A autorização deste valor referencial será lastreada em exames de imagem com a comprovação da quantidade de nódulos referidos. A apresentação da anatomia patológica poderá ser necessária para confirmação da quantidade dos nódulos extirpados.

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

EXTIRPAÇÃO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	87,00	147,00	147,00	186,00	219,00	219,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	280,50	280,50	280,50	280,50	280,50	308,55
Materiais	311,10	311,10	311,10	311,10	311,10	342,21
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>738,60</b>	<b>815,60</b>	<b>819,00</b>	<b>860,40</b>	<b>896,40</b>	<b>957,76</b>
Honorários Médicos da Equipe	411,84	411,84	411,84	411,84	411,84	411,84
Hon. Médicos do Anestesiologista	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.467,24</b>	<b>1.544,24</b>	<b>1.547,64</b>	<b>1.589,04</b>	<b>1.625,04</b>	<b>1.686,40</b>

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

EXTIRPAÇÃO DE 2 A 4 NÓDULOS MAMÁRIOS – UNIDADE DAY

SEGMENTO DA CONTA	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	81,00	141,50	202,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	280,50	280,50	280,50
Materiais	311,10	311,10	311,10
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>732,60</b>	<b>811,10</b>	<b>881,60</b>
Honorários Médicos da Equipe	411,84	411,84	411,84
Hon. Médicos do Anestesiologista	316,80	316,80	316,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.461,24</b>	<b>1.539,74</b>	<b>1.610,24</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Extirpação de 5 ou mais Nódulos Mamários</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.191-7	84.70.191-9	84.70.191-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602092	Exérese de nódulo	3C	100%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	70%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2	20%
30602092	Exérese de nódulo	3C	50%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

- O valor referencial contempla a extirpação de 5 ou mais nódulos mamários, sejam na mesma mama ou na mama contra-lateral, independente da via de acesso.
- A autorização deste valor referencial será lastreada em exames de imagem com a comprovação da quantidade de nódulos referidos. A apresentação da anatomia patológica poderá ser necessária para confirmação da quantidade dos nódulos extirpados.

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

EXTIRPAÇÃO DE 5 OU MAIS NÓDULOS MAMÁRIOS – UNIDADES HOSPITALARES

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	97,00	157,00	157,00	196,00	229,00	229,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	287,50	287,50	287,50	287,50	287,50	316,25
Materiais	345,00	345,00	345,00	345,00	345,00	379,50
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>789,50</b>	<b>866,50</b>	<b>869,90</b>	<b>911,30</b>	<b>947,30</b>	<b>1.012,75</b>
Honorários Médicos da Equipe	692,64	692,64	692,64	692,64	692,64	692,64
Hon. Médicos do Anestesiologista	532,80	532,80	532,80	532,80	532,80	532,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.014,94</b>	<b>2.091,94</b>	<b>2.095,34</b>	<b>2.136,74</b>	<b>2.172,74</b>	<b>2.238,19</b>

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

EXTIRPAÇÃO DE 5 OU MAIS NÓDULOS MAMÁRIOS – UNIDADES DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	91,00	151,50	212,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	287,50	287,50	287,50
Materiais	345,00	345,00	345,00
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>783,50</b>	<b>862,00</b>	<b>932,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	692,64	692,64	692,64
Hon. Médicos do Anestesiologista	532,80	532,80	532,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.008,94</b>	<b>2.087,44</b>	<b>2.157,94</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Esvaziamento Linfático axilar</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.125-7	84.70.125-9	84.70.125-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).
- As unidades exclusivamente DAY não poderão realizar este procedimento.

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602130	Linfadenectomia axilar	8B	100%	1	4	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Todos os SADTs foram contemplados.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 04 e Taxa de Sala Compl. 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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

- 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 FINAL DO PACOTE

Esvaziamento Linfático axilar

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	181,50	231,00	239,40	247,50	255,90	264,00
Taxas	170,00	270,00	275,00	340,00	400,00	400,00
SADT	45,00	52,50	60,00	67,50	75,00	75,00
Gases	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	522,50	522,50	522,50	548,63	548,63	559,08
Materiais	617,50	617,50	617,50	648,38	648,38	660,73
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>1.591,50</b>	<b>1.748,50</b>	<b>1.769,40</b>	<b>1.907,00</b>	<b>1.982,90</b>	<b>2.013,80</b>
Honorários Médicos da Equipe	718,85	718,85	718,85	718,85	718,85	718,85
Honorários Médicos do Anestesiologista	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80	316,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.627,15</b>	<b>2.784,15</b>	<b>2.805,05</b>	<b>2.942,65</b>	<b>3.018,55</b>	<b>3.049,45</b>

### Tabela de Intercorrências:

Caso hajam 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	426,21	445,21	450,51	455,71	461,01	463,71



**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Linfonodo Sentinela - Proc. Associado</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.192-7	84.70.192-9	84.70.192-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7.

**DIÁRIAS**

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

- 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.
- Este procedimento não contempla diária, pois as diárias estão contempladas dentro do procedimento principal (mastectomia ou quadrantectomia).
- Este procedimento não pode ser realizado em unidades DAY, pois estão associadas a procedimentos de maior complexidade que não podem ser realizados em DAY (Mastectomia ou quadrantectomia).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602289	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica lateral	6C	70%	1	4	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

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

**MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO**

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados no valor referencial principal.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

Este valor referencial deve ser usado nos casos de procedimentos associados de Linfonodo sentinela com mastectomia ou quadrantectomia.

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

LINFONODO SENTINELA - PROC ASSOCIADO À MAST OU QDT

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Taxas	273,00	283,00	284,00	290,00	296,00	296,00
Materiais	47,50	47,50	47,50	47,50	47,50	47,50
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>320,50</b>	<b>330,50</b>	<b>331,50</b>	<b>337,50</b>	<b>343,50</b>	<b>343,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	314,50	314,50	314,50	314,50	314,50	314,50
Honorários Médicos do Anestesiologista	221,76	221,76	221,76	221,76	221,76	221,76
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>856,76</b>	<b>866,76</b>	<b>867,76</b>	<b>873,76</b>	<b>879,76</b>	<b>879,76</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	ROLL Proc. Associado	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.194-7	84.70.194-9	84.70.194-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	0
-----	---	------------------------	---

- 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.
- Os procedimentos associados não contemplam diárias, as diárias estão contempladas dentro do procedimento principal.

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602076	Exérese de lesão da mama por marcação estereotáxica ou roll	7C	50%	1	3	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

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

**MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO**

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados no valor referencial principal.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

- 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.

## COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

ROLL PROC. ASSOCIADO – UNIDADE HOSPITALAR

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Taxas	269,00	277,00	277,00	282,00	286,00	286,00
Materiais	47,50	47,50	47,50	47,50	47,50	47,50
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>316,50</b>	<b>324,50</b>	<b>324,50</b>	<b>329,50</b>	<b>333,50</b>	<b>333,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	318,24	318,24	318,24	318,24	318,24	318,24
Honorários Médicos do Anestesiologista	106,56	106,56	106,56	106,56	106,56	106,56
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>741,30</b>	<b>749,30</b>	<b>749,30</b>	<b>754,30</b>	<b>758,30</b>	<b>758,30</b>

ROLL PROC. ASSOCIADO– UNIDADE DAY

SEGMENTO DA CONTA	DAY C	DAY B	DAY A
Taxas	268,00	276,00	284,00
Materiais	47,50	47,50	47,50
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>315,50</b>	<b>323,50</b>	<b>331,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	318,24	318,24	318,24
Honorários Médicos do Anestesiologista	106,56	106,56	106,56
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>740,30</b>	<b>748,30</b>	<b>756,30</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Ressecção dos ductos principais da mama - unilateral</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.121-7	84.70.121-9	84.70.121-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602300	Ressecção dos ductos principais da mama - unilateral	5B	100%	1	3	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA – UNILATERAL – UNIDADE HOSPITALAR

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	190,00	265,00	270,00	320,00	360,00	360,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	242,50	242,50	242,50	242,50	242,50	303,13
Materiais	253,00	253,00	253,00	253,00	253,00	316,25
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>745,50</b>	<b>837,50</b>	<b>845,90</b>	<b>898,30</b>	<b>941,30</b>	<b>1.067,38</b>
Honorários Médicos da Equipe	321,98	321,98	321,98	321,98	321,98	321,98
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.280,60</b>	<b>1.372,60</b>	<b>1.381,00</b>	<b>1.433,40</b>	<b>1.476,40</b>	<b>1.602,48</b>

RESSECÇÃO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA – UNILATERAL – UNIDADE - DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	180,00	260,00	340,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	242,50	242,50	242,50
Materiais	253,00	253,00	253,00
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>735,50</b>	<b>833,50</b>	<b>923,50</b>
Honorários Médicos da Equipe	321,98	321,98	321,98
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.270,60</b>	<b>1.368,60</b>	<b>1.458,60</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Extirpação de Mama Supra-numerária</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.108-7	84.70.108-9	84.70.108-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602084	Exérese de mama supra-numerária - unilateral	5A	100%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

## EXTIRPAÇÃO DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	115,00	170,00	170,00	205,00	235,00	235,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	274,72	274,72	274,72	274,72	274,72	357,14
Materiais	385,84	385,84	385,84	385,84	385,84	501,59
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>890,56</b>	<b>962,56</b>	<b>965,96</b>	<b>1.003,36</b>	<b>1.036,36</b>	<b>1.236,73</b>
Honorários Médicos da Equipe	299,52	299,52	299,52	299,52	299,52	299,52
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.334,08</b>	<b>1.406,08</b>	<b>1.409,48</b>	<b>1.446,88</b>	<b>1.479,88</b>	<b>1.680,25</b>

## EXTIRPAÇÃO DE MAMA SUPRA-NUMERÁRIA – UNIDADE - DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	110,00	165,00	220,00
SADT	-	-	-
Gases	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	274,72	274,72	274,72
Materiais	385,84	385,84	385,84
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>885,56</b>	<b>958,56</b>	<b>1.023,56</b>
Honorários Médicos da Equipe	299,52	299,52	299,52
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.329,08</b>	<b>1.402,08</b>	<b>1.467,08</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>Cirurgia da Fístula Mamária</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.122-7	84.70.122-9	84.70.122-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602106	Fistulectomia de mama	5A	100%	1	3	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento – 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**



**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

## CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA – UNIDADE HOSPITALAR

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	140,00	215,00	220,00	270,00	310,00	310,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	175,00	175,00	175,00	175,00	175,00	210,00
Materiais	230,00	230,00	230,00	230,00	230,00	276,00
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>605,00</b>	<b>697,00</b>	<b>705,40</b>	<b>757,80</b>	<b>800,80</b>	<b>884,00</b>
Honorários Médicos da Equipe	299,52	299,52	299,52	299,52	299,52	299,52
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.117,64</b>	<b>1.209,64</b>	<b>1.218,04</b>	<b>1.270,44</b>	<b>1.313,44</b>	<b>1.396,64</b>

## CIRURGIA DA FÍSTULA MAMÁRIA – UNIDADE DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	88,00
Taxas	130,00	210,00	290,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	175,00	175,00	175,00
Materiais	230,00	230,00	230,00
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>595,00</b>	<b>693,00</b>	<b>783,00</b>
Honorários Médicos da Equipe	299,52	299,52	299,52
Honorários Médicos do Anestesiologista	213,12	213,12	213,12
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.107,64</b>	<b>1.205,64</b>	<b>1.295,64</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>GINECOMASTIA UNILATERAL</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.105-7	84.70.105-9	84.70.105-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	100%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

## GINECOMASTIA UNILATERAL – UNIDADE HOSPITALAR

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	115,00	170,00	170,00	205,00	235,00	235,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	252,67	252,67	252,67	252,67	252,67	252,67
Materiais	306,91	306,91	306,91	306,91	306,91	306,91
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>734,58</b>	<b>806,58</b>	<b>809,98</b>	<b>847,38</b>	<b>880,38</b>	<b>882,58</b>
Honorários Médicos da Equipe	636,48	636,48	636,48	636,48	636,48	636,48
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.515,06</b>	<b>1.587,06</b>	<b>1.590,46</b>	<b>1.627,86</b>	<b>1.660,86</b>	<b>1.663,06</b>

## GINECOMASTIA UNILATERAL – UNIDADE DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	78,00
Taxas	110,00	165,00	220,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	252,67	252,67	252,67
Materiais	306,91	306,91	306,91
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>729,58</b>	<b>802,58</b>	<b>857,58</b>
Honorários Médicos da Equipe	636,48	636,48	636,48
Honorários Médicos do Anestesiologista	144,00	144,00	144,00
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>1.510,06</b>	<b>1.583,06</b>	<b>1.638,06</b>

**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	<b>GINECOMASTIA BILATERAL</b>	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
84.70.195-7	84.70.195-9	84.70.195-8

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilização o mesmo código terminado em 7, inclusive para as unidades exclusivamente DAY.

**DIÁRIAS**

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (DAY)	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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**HONORÁRIOS MÉDICOS**

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	100%	1	2	20%
30602114	Ginecomastia - unilateral	7C	70%	1	2	20%

- Os códigos dos honorários médicos foram contemplados com CBHPMda 5ª edição, com valor da 4ª, contemplando banda de +20% e proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especial (Apartamento - 20%).

**SADT**

- Não foi contemplado SADT neste procedimento.

**TAXAS E GASES**

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 02 e Taxa de Sala Compl. Porte 02.

**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 histórica e o valor do pacote anterior.

**OPME**

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

**OBS**

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**

## GINECOMASTIA BILATERAL – UNIDADE HOSPITALAR

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe F</b>	<b>Classe E</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	77,00	80,40	82,80	85,80	88,00
Taxas	137,00	197,00	197,00	236,00	269,00	269,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	261,58	261,58	261,58	261,58	261,58	261,58
Materiais	343,02	343,02	343,02	343,02	343,02	343,02
OPME	-	-	-	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>801,60</b>	<b>878,60</b>	<b>882,00</b>	<b>923,40</b>	<b>959,40</b>	<b>961,60</b>
Honorários Médicos da Equipe	1.082,02	1.082,02	1.082,02	1.082,02	1.082,02	1.082,02
Honorários Médicos do Anestesiologista	244,80	244,80	244,80	244,80	244,80	244,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.128,42</b>	<b>2.205,42</b>	<b>2.208,82</b>	<b>2.250,22</b>	<b>2.286,22</b>	<b>2.288,42</b>

## GINECOMASTIA BILATERAL – UNIDADE DAY

<b>SEGMENTO DA CONTA</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>
Diárias	60,00	78,00	78,00
Taxas	132,00	192,00	247,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	261,58	261,58	261,58
Materiais	343,02	343,02	343,02
OPME	-	-	-
<b>Sub-Total (Parte Hospitalar)</b>	<b>796,60</b>	<b>874,60</b>	<b>929,60</b>
Honorários Médicos da Equipe	1.082,02	1.082,02	1.082,02
Honorários Médicos do Anestesiologista	244,80	244,80	244,80
<b>Total (Com Anestesiologista)</b>	<b>2.123,42</b>	<b>2.201,42</b>	<b>2.256,42</b>

## 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
Mastectomia radical ou radical modificada	84.70.110-9	84.70.110-8	84.70.110-7	84.70.110-7	84.70.110-7	84.70.110-7	84.70.110-7	84.70.110-7	-	-	-
	1.209,60	489,60	2.591,18	2.840,18	2.877,68	3.002,68	3.128,18	3.141,68	-	-	-
Mastectomia simples ou total	84.70.109-9	84.70.109-8	84.70.109-7	84.70.109-7	84.70.109-7	84.70.109-7	84.70.109-7	84.70.109-7	-	-	-
	688,90	213,12	1.869,00	2.028,00	2.054,20	2.130,00	2.195,20	2.264,20	-	-	-
Quadrantectomia Com Esvaziamento Axilar Com Reconstrução com Retalho Cutâneo	84.70.116-9	84.70.116-8	84.70.116-7	84.70.116-7	84.70.116-7	84.70.116-7	84.70.116-7	84.70.116-7	-	-	-
	1.089,79	396,00	1.935,00	2.121,00	2.148,20	2.240,00	2.327,20	2.448,40	-	-	-
Ressecção Segmentar	84.70.115-9	84.70.115-8	84.70.115-7	84.70.115-7	84.70.115-7	84.70.115-7	84.70.115-7	84.70.115-7	-	-	-
	486,72	213,12	1.219,34	1.327,34	1.337,94	1.472,68	1.518,28	1.642,68	-	-	-
Extirpação de Nódulo Mamário Único	84.70.117-9	84.70.117-8	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7	84.70.117-7
	187,20	144,00	630,00	702,00	705,40	742,80	775,80	828,50	625,00	698,00	763,00
Extirpação de 2 a 4 Nódulos Mamários	84.70.190-9	84.70.190-8	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7	84.70.190-7
	411,84	316,80	738,60	815,60	819,00	860,40	896,40	957,76	732,60	811,10	881,60
Extirpação de 5 ou mais Nódulos Mamários	84.70.191-9	84.70.191-8	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7	84.70.191-7
	692,64	532,80	789,50	866,50	869,90	911,30	947,30	1.012,75	783,50	862,00	932,50
Esvaziamento Linfático axilar	84.70.125-9	84.70.125-8	84.70.125-7	84.70.125-7	84.70.125-7	84.70.125-7	84.70.125-7	84.70.125-7	-	-	-

	718,85	316,80	1.591,50	1.748,50	1.769,40	1.907,00	1.982,90	2.013,80	-	-	-
Linfonodo Sentinela - Proc. Associado à MAST ou QDT	84.70.192-9	84.70.192-8	84.70.192-7	84.70.192-7	84.70.192-7	84.70.192-7	84.70.192-7	84.70.192-7	-	-	-
	314,50	221,76	320,50	330,50	331,50	337,50	343,50	343,50	-	-	-
ROLL Proc. Associado	84.70.194-9	84.70.194-8	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7	84.70.194-7
	318,24	106,56	316,50	324,50	324,50	329,50	333,50	333,50	315,50	323,50	331,50
Ressecção dos ductos principais da mama – unilateral	84.70.121-9	84.70.121-8	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7	84.70.121-7
	321,98	213,12	745,50	837,50	845,90	898,30	941,30	1.067,38	735,50	833,50	923,50
Extirpação de Mama Supranumerária	84.70.108-9	84.70.108-8	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7	84.70.108-7
	299,52	144,00	890,56	962,56	965,96	1.003,36	1.036,36	1.236,73	885,56	958,56	1.023,56
Cirurgia da Fístula Mamária	84.70.122-9	84.70.122-8	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7	84.70.122-7
	299,52	213,12	605,00	697,00	705,40	757,80	800,80	884,00	595,00	693,00	783,00
Ginecomastia Unilateral	84.70.105-9	84.70.105-8	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7	84.70.105-7
	636,48	144,00	734,58	806,58	809,98	847,38	880,38	882,58	729,58	802,58	857,58
Ginecomastia Bilateral	84.70.195-9	84.70.195-8	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7	84.70.195-7
	1.082,02	244,80	801,60	878,60	882,00	923,40	959,40	961,60	796,60	874,60	929,60