

Código Observação do Grupo	Anexo II - Instruções Grupo
2.01.99.00-7	<p>1 - O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade da Vida Diária e a Terapia da Linguagem.</p> <p>2 - Os portes referentes às sessões de reabilitações e terapêuticas fisiátricas são devidos apenas quando realizadas por fisiatras. No caso de paciente internado, deverá ser observado o disposto no item 6 das Instruções Gerais.</p> <p>3 - A remuneração prevista para as sessões de quimioterapia já contempla a visita hospitalar. Aos portes destas sessões aplica-se o disposto no item 6 das Instruções Gerais, no caso de paciente internado.</p> <p>4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso desse profissional, serão valorados pelo porte 1.</p>
2.02.99.00-1	<p style="text-align: center;">ORIENTAÇÕES REFERENTES A PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E HOSPITALARES</p> <p>a) PACIENTE AMBULATORIAL - De acordo com o Capítulo I - CONSULTAS - (CÓDIGO 1.01.01.01-2)</p> <p>b) PACIENTE INTERNADO - O porte equivale a UMA VISITA HOSPITALAR por dia de internação, inclusive a que corresponder ao dia da alta hospitalar (código 1.01.02.01-9), observado o item 6 das Instruções Gerais.</p> <p>c) Nos casos COMPROVADAMENTE GRAVES, cujos pacientes exigirem a presença constante ou avaliações repetidas do(s) médico(s), assistente(s), este(s) poderá(ão) realizar mais de uma visita hospitalar, desde que justificadas, a cada ato sendo atribuído o respectivo porte.</p>
3.01.99.00-0	<p>OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:</p> <p>- a) ITENS 3.01.01.21-2, 3.01.01.22-0 e 3.01.01.28-0</p> <p>1 - Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existem 11 (onze) UT: cabeça e pescoço - cada um dos membros superiores - face anterior do tórax - face posterior do tórax - abdome - nádegas (da cintura a raiz da coxa) - cada uma das coxas - cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).</p> <p>2 - Face, pescoço, mão, axila, região inguinais, joelhos, genitais, assim como as regiões onde as lesões atingem estruturas profundas (tendões, vasos e ossos, quando isoladas), cada um corresponde a 2 (duas) UT.</p> <p>- b) OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>1 - Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico. Aos procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirúrgicos complementares corresponderão novos portes, cada qual como um novo ato.</p> <p>2 - A qualquer outro tipo de intervenção de outros especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento serão atribuídos portes de acordo com as classificações das respectivas especialidades.</p>
3.02.99.00-4	Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem liqadura de vasos e traqueostomia.
3.03.99.00-9	- A solicitação de exames complementares deverá observar os protocolos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.
3.07.99.00-7	<p>1 - Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização.</p> <p>Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.</p> <p>2 - Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo porte, que será valorado com observância da presente Classificação.</p> <p>3 - Para o tratamento clínico em regime de internação, o porte equivalerá a uma visita hospitalar.</p> <p>4 - Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 1 auxiliar.</p> <p>5 - Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias, quando efetivamente realizada.</p> <p>6 - Referente aos códigos, 3.07.33.00-6, 3.07.34.00-2, 3.07.35.00-9, 3.07.36.00-5, 3.07.37.00-1, 3.07.38.00-8:</p> <p>a) Nas cirurgias videoartoscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação. Estas associações estarão sujeitas as Instruções Gerais da CBHPM.</p> <p>b) Os procedimentos extra-articulares poderão ser associados a qualquer procedimento ou associações de procedimentos intra-articulares desta lista para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias). Estes atos estarão regidos pelas Instruções Gerais da CBHPM.</p> <p># Exclui a captura e transposição de enxertos, devem ser cobrados em código específico.</p>
3.09.99.00-6	<p>1 - REF. Códigos 3.09.01.00-6, 3.09.02.00-2, 3.09.03.00-9 e 3.09.05.00-1</p> <p>- As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.13.09-8, 3.09.06.16-4 e 3.09.05.04-4 observando-se o previsto nos itens 4.1 e 4.2 das Instruções Gerais.</p> <p>- Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar o Porte 3C, com artéria 5A.</p> <p>- Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3, 3.09.12.08-3, 2.02.01.03-6, 2.02.01.04-4, 2.02.01.05-2, 3.09.07.14-4, 3.09.04.08-0, 3.08.04.11-6, 3.08.04.13-2 e 2.01.04.04-9 são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.</p>
3.11.99.00-3	1 - Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.
3.12.99.00-8	1 - Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.

Código Observação do Grupo	Anexo II - Instruções Grupo																		
ANESTESIOLOGIA	<p style="text-align: center;">INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS ANESTESIOLOGIA</p> <p>1. O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI.</p> <p>1.1. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.</p> <p>2. Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro abaixo:</p> <p style="text-align: center;">Porte Anestésico</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>0</td><td>Anestesia Local</td></tr> <tr><td>1</td><td>3A</td></tr> <tr><td>2</td><td>3C</td></tr> <tr><td>3</td><td>4C</td></tr> <tr><td>4</td><td>6B</td></tr> <tr><td>5</td><td>7C</td></tr> <tr><td>6</td><td>9B</td></tr> <tr><td>7</td><td>10C</td></tr> <tr><td>8</td><td>12A</td></tr> </table> <p>3. O porte anestésico "0" significa "NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA".</p> <p>4. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na presente Classificação, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.</p> <p>5. Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da MESMA VIA DE ACESSO ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anestesiológico será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.</p> <p>6. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos cirúrgicos diferentes através de outras incisões (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anestesiológico serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.</p> <p>7. Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, INEXISTINDO código específico na presente Classificação, os atos praticados pelo anestesiológico serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.</p> <p>8. Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anestesiológico responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiológico), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológico principal.</p> <p>9. Na valoração dos portes constantes desta Classificação incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.</p> <p>10. Os portes atribuídos aos atos do anestesiológico(s) referem-se exclusivamente à intervenção pessoal, livre de quaisquer despesas, mesmo as referentes a agentes anestésico, analgésicos, drogas, material descartável, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, "scalps", cal sodada, oxigênio, etc., empregados na realização do ato anestésico.</p> <p>11. O aluguel de equipamentos de controle e execução de anestésias será permitido através de instituição juridicamente estabelecida, seja com o hospital ou terceiros por ele contratados com valoração acordada previamente.</p> <p>12. Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológico, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesiológico fará jus ao porte equivalente à consulta clínica.</p>	0	Anestesia Local	1	3A	2	3C	3	4C	4	6B	5	7C	6	9B	7	10C	8	12A
0	Anestesia Local																		
1	3A																		
2	3C																		
3	4C																		
4	6B																		
5	7C																		
6	9B																		
7	10C																		
8	12A																		
4.04.99.00-6	<p>INSTRUÇÕES TÉCNICAS:</p> <p>1 - O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.</p> <p>2 - Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e/ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.</p> <p>3 - Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.</p> <p>4 - As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.</p> <p>5 - Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco periférica, acompanhamento hospitalar/dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 5 das Instruções Gerais.</p> <p>6 - O porte atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e/ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um porte para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 4.04.01.02-2.</p>																		

Código Observação do Grupo	Anexo II - Instruções Grupo
4.06.99.00-5	<p>1) Ref. 4.06.01.01-3: Restringe-se ao exame feito durante o ato cirúrgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina; estes serão valorados de acordo com os itens pertinentes da Classificação. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0.</p> <p>2) Ref. 4.06.01.03-0: Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. Assim como no código anterior não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.</p> <p>3) Ref. 4.06.01.06-4: Estão incluídos neste item todos os procedimentos do exame de microscopia eletrônica, incluindo documentação fotográfica para cada espécime único; espécimes múltiplos terão portes valorados separadamente. Os exames de cortes semifinos apenas, sem utilização do microscópio eletrônico, terão seus portes fixados pelo código 4.06.01.15-3, uma vez a cada espécime.</p> <p>4) Ref. 4.06.01.07-2; 4.06.01.08-0; 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2. O porte se refere apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente. Exemplo: Punções realizadas em diferentes quadrantes de mama ou diferentes nódulos de tireóide, são consideradas punções distintas. Os códigos 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2 são usados somente para a primeira região punccionada, devendo as demais seguirem os códigos 4.06.01.07-2 ou 4.06.01.08-0. A análise do material obtido terá seu porte fixado conforme código 4.06.01.11-0 e 4.06.01.25-0.</p> <p>5) Ref. 4.06.01.11-0: Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente (exige a confecção de um a três blocos histológicos); cada "cell block" advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza e "imprints"; biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em portes separados. Múltiplos frascos enviados separadamente são remunerados por este código para cada frasco processado, independente de discriminação das amostras. Múltiplos fragmentos colocados em um mesmo frasco, mas que tenham sido obtidos de regiões topográficas ou de lesões diferentes serão remuneradas de acordo com o código 4.06.01.11-0. O valor final do exame será obtido pelo valor do código multiplicado pelo número de regiões topográficas ou lesões (identificadas pelo procedimento anatomopatológico, referidas na requisição médica ou informadas pelo paciente/familiar).</p> <p>6) Ref. 4.06.01.15-3: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (4.06.01.11-0, 4.06.01.20-0 e 4.06.01.21-8). Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.</p> <p>7) Ref. 4.06.01.19-6: Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco que exigem a confecção de três ou mais blocos histológicos. Este código remunera cada frasco contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).</p> <p>8) Ref. 4.06.01.20-0: Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. Incluem as exéreses de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado. Outros exemplos são: histerectomia simples (corpo e colo são remunerados separadamente), ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorroida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar, etc. Esse procedimento geralmente exige a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada em frascos diferentes será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame. Nódulos tumorais múltiplos (mamários, prostáticos, miomatosos, etc), são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independente de serem colocados em um mesmo frasco.</p> <p>9) Ref. 4.06.01.21-8: Peças cirúrgicas ou anatômicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. São exemplos: os produtos de cirurgias radicais, como amputação de pênis, colectomia, conização de colo uterino, enterectomia, esofagectomia, esvaziamento ganglionar (monobloco isolado), exenteração de globo ocular, gastrectomia, histerectomia radical (por neoplasia), laringectomia, mastectomia, nefrectomia, orquiectomia, pneumectomia (ou lobectomia), prostatectomia, quadrantectomia mamária. Retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia (ou lobectomia), vulvectomia, etc. Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas (para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3,0 cm); as ressecções de tumores volumosos (maiores de 7,0 cm); as ressecções de órgão parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, próstáticos, etc.; a placenta (disco placentário); em caso de gemelares, cada placenta é remunerada de forma independente.</p> <p>10) Ref. 4.06.01.22-6: Peças cirúrgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirúrgica simples ou complexa, enviada em monobloco, ou de um espécime de amputação, como por exemplo, 1) Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epiplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente; 2) Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa; 3) Cordão umbilical e membranas de uma placenta. Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirúrgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endo cervicais) e de até cinco margens cirúrgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.</p> <p>11) Ref. 4.06.01.25-0: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões terão seus portes e UCO fixados separadamente (independente de ser de mesmo órgão ou de órgãos diferentes). Da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste código para cada 5 lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireóide, equivale 3 vezes o código 4.06.01.25-0).</p>
4.07.99.00-0	<p style="text-align: center;">INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"</p> <p>1 - Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.</p> <p>2 - Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação calculados por índice atualizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, ou listagem oficial de preços.</p> <p>OBS.: Estes valores devem ser reembolsados para exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados.</p> <p>3 - Os radioisótopos e os respectivos fármacos específicos para cada exame serão reembolsados separadamente de acordo com listagem de preços atualizada, ou Unidade de Radiofármaco UR (*) do Colégio Brasileiro de Radiologia.</p> <p>4 - Medicamentos, equipos, sondas, cateteres, guias e material de assepsia não constam nesta Classificação, seu reembolso será efetuado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.</p> <p>5 - Tratamento de câncer de tireóide: as doses podem variar de 80 até 400 Mci.</p> <p>6 - Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído porte 2.</p> <p>* - Observação: Os procedimentos do grupo - Radioimunoensaio - "IN VITRO" (4.07.12.00-1) - foram transferidos para o grupo Endocrinologia Laboratorial (4.03.05.00-7)</p>

Código Observação do Grupo	Anexo II - Instruções Grupo
4.08.99.00-4	<p>INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM</p> <p>1 - Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.</p> <p>2 - Para cada exame está previsto documentação ou filmes calculados por índice atualizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.</p> <p>3 - Medicamentos, equipamentos, sondas, cateteres, guias, contrastes e material de assepsia não constam desta Classificação. O reembolso será efetuado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.</p> <p>4 - Exames angiográficos e intervencionistas terão seus portes fixados independentemente de taxas de sala.</p> <p>5 - Eventuais adequações de portes devem obedecer critérios técnicos recomendados e supervisionados pelo CBR.</p> <p>6 - ANGIOMEDULAR - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.</p> <p>7 - Os procedimentos de Radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.</p> <p>8 - Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.</p> <p>9 - Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.</p> <p>10 - Angiografias por catéter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7, 4.08.12.06-5 e 4.08.12.07-3) incluem-se no máximo de 3 vasos.</p> <p>11 - Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.</p> <p>12 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.</p>
4.09.99.00-9	<p>1 - Os contrastes serão reembolsados, de acordo com listagem de preços atualizada.</p> <p>2 - Estes valores devem ser reembolsados p/ exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados, e são calculados por índice atualizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.</p> <p>3 - Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.</p> <p>4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.</p> <p>5 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.</p> <p>6 - Os procedimentos 4.09.01.33-5 Próstata transretal (inclui abdome inferior masculino), e 4.09.01.17-3, Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remunerados concomitantemente; entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Este critério se aplica também aos procedimentos 4.09.01.30-0 Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e 3.09.01.18-1 Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo).</p>
4.10.99.00-1	<p>1 - Contrastes serão reembolsados à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.</p> <p>2 - Os valores referentes ao reembolso de filmes ou documentação são atualizados conforme índice divulgado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou listagem oficial de preços.</p> <p>3 - Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do item 4.08.13.00-2.</p> <p>4 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.</p> <p>5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.</p>
4.11.99.00-6	<p>1 - Contraste paramagnético será reembolsado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.</p> <p>2 - Os valores referentes ao reembolso de filmes ou documentação são atualizados conforme índice divulgado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou listagem oficial de preços.</p> <p>3 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme ou documentação, que deverão ser remunerados integralmente.</p> <p>4 - Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do exame de base.</p> <p>5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.</p>