

Código Observação do Sub-Grupo	Anexo IV - Instruções Sub-grupo
1.01.01.99-6	<p>1 - Aos atendimentos realizados em pronto socorro será aplicado o que consta no item 2 das Instruções Gerais.</p> <p>2 - A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.</p> <p>3 - CONSULTA MÉDICA - PRAZO DE VALIDADE - RECONSULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo). - Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta. - Se, porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta. - Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas serão consideradas como novas consultas. - Exigir que se cumpra a lei 9.656/98 quando a mesma estabelece que pode haver limitação para o número de consultas médicas em clínicas básicas.
1.01.02.99-0	Para visita hospitalar, será observado o que consta dos itens 3.1 e 6 das Instruções Gerais.
1.01.03.99-6	<p>1 - Será obedecido o que consta no item 6 das Instruções Gerais.</p> <p>2 - Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.</p> <p>3 - Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia, será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí, correspondente a UMA VISITA HOSPITALAR por dia até a alta, de acordo com o código 1.01.02.01-9 (Tratamento Clínico).</p> <p>4 - Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia.</p> <p>5 - Atendimento ao recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e/ou entubação traqueal.</p>
1.01.04.99-2	<ul style="list-style-type: none"> - Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nesta Classificação Hierarquizada. - Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath). - Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário. - Será obedecido o que consta nos itens 2 e 6 das Instruções Gerais. Estes critérios não se aplicam aos portes do plantonista. Contudo, no caso de existir um "contrato de risco" entre as partes, o plantonista fará jus ao disposto no item 6 das Instruções Gerais.
1.01.06.99-5	- Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do Aconselhamento Genético.
2.02.01.99-0	<ul style="list-style-type: none"> - Refere-se ao código 2.02.01.02-8: - O acompanhamento será remunerado quando solicitado e justificado pelo cirurgião. - Refere-se ao código 2.02.01.07-6: - Quando necessário acompanhamento clínico diário além dos 15 dias previstos, a valoração do ato médico corresponderá a uma visita hospitalar diária.
3.07.06.99-8	- Os honorários deste item incluem também outros procedimentos inerentes além das microanastomoses vasculares, como as osteossínteses tenorrafias, neurorrafias e o tratamento de tegumento cutâneo.
3.09.07.99-3	<p>Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2, 3, 4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4 mm), também são passíveis de tratamento cirúrgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1. - Classe 0 - Não apresenta doença venosa; - Classe 1 - Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm); - Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm); - Classe 3 - Classe 2 + Edema; - Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose; - Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada; - Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.
3.09.09.99-6	- Referência código: 3.09.09.03-1 O custo operacional inclui o uso do equipamento.
3.09.11.99-0 E 3.09.12.99-7	<p>1) Ref. Códigos 3.09.11.00-1 e 3.09.12.00-8</p> <ul style="list-style-type: none"> - As valorações correspondentes a taxa de sala, medicamentos, cateteres, contrastes, filmes e custo operacional serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes contratantes. - Quando realizados concomitantemente procedimentos diagnósticos, terapêuticos e diagnósticos/terapêuticos, para fins de valoração dos atos praticados, será observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.
3.12.01.99-7	- Ref. Códigos 3.12.01.03-2 e 3.12.01.04-0: Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).
3.13.09.99-2	Referente ao código 3.13.09.12-7 - Quando necessário poderá ser utilizado um auxiliar.
3.14.02.99-2	Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes do procedimento 3.14.02.03-8.
3.16.02.99-1	Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes do procedimento 3.16.02.18-5.
4.01.03.99-4	1 - A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos
4.01.05.99-7	<p>2 - Aplica-se o previsto no item 6 das Instruções Gerais ao procedimento código 4.01.03.18-8.</p> <p>1 - Os procedimentos desta seção referem-se àqueles realizados em laboratórios gerais e especializados, consultórios e, nos procedimentos específicos que assim o permitirem, através de aparelhos portáteis.</p>

Código Observação do Sub-Grupo	Anexo IV - Instruções Sub-grupo
4.02.02.99-2	<p>1. A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e conseqüentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos portes respectivos de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contra-indicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta.</p> <p>2. Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração destes atos obedecerá ao item 4.1 das Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.</p> <p>3. Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus portes. Os portes e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos dependentes de Rx não incluem os portes e custos operacionais da Radiologia.</p> <p>4. Os custos operacionais de Endoscopia Digestiva, não incluem os produtos médicos de uso único, os produtos médicos reutilizáveis e medicamentos, que deverão ser ressarcidos tomando-se como base as listagens de preços vigentes no mercado. Os custos operacionais Referentes às Ecoendoscopias e Enteroscopias serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.</p> <p>5. Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 6 das Instruções Gerais; este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 das Instruções Gerais.</p> <p>6. Nos procedimentos endoscópicos, onde há o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal (item 5 das Instruções Gerais).</p> <p>7. Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3.</p>
4.03.04.99-0	Ref. 4.03.04.70-1, 4.03.04.71-0, 4.03.04.72-8, 4.03.04.73-6 e 4.03.04.74-4 - Para esclarecimento diagnóstico definitivo, poderá ser necessária a realização de marcadores adicionais, segundo o código 4.03.04.08-6, para cada marcador excedente.
4.03.05.99-6	Os procedimentos de Radioimunoensaio - "IN VITRO" (4.07.12.00-1), capítulo de Medicina Nuclear, foram transferidos para o capítulo de Medicina Laboratorial, grupo Endocrinologia Laboratorial. Os critérios de valoração de portes e unidades de custo operacional dos exames deste grupo, Endocrinologia Laboratorial, independem da técnica utilizada para a sua realização.
4.07.01.99-9	O procedimento 4.07.01.14-0 não inclui teste ergométrico, que deve ser remunerado à parte, considerando para o cálculo os códigos 4.01.01.04-5 ou 4.01.01.03-7, desde que realizado por médico.
4.07.08.99-3	Ref. 4.07.08.12-8 - Quando associado à TC (PET-TC), será acrescido o código 4.10.01.22-2 (TC para PET dedicado oncológico).
4.08.12.99-5	- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.
4.09.02.99-4	- Ref. códigos 4.09.02.03-0 e 4.09.02.04-8: Já incluem o código 4.09.01.33-5.
4.12.03.99-2	Nos portes e custos operacionais dos procedimentos 4.12.03.02-0, 4.12.03.03-8, 4.12.03.04-6, 4.12.03.05-4, 4.12.03.06-2, 4.12.03.13-5, 4.12.03.14-3, acrescentar 20% quando associados a Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).
4.13.01.99-4	<p>1 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.</p> <p>2 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.</p>
4.14.01.99-9	<p>1 - Extratos alergênicos, quando utilizados em teste cutâneo-alérgicos e de contato, devem ser valorados separadamente.</p> <p>2 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.</p> <p>3 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.</p>
4.15.01.99-3	<p>1 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.</p> <p>2 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.</p>