

TABELA DE DIÁRIAS, TAXAS E GASES DA PMPE

DIÁRIAS				
02	APARELHOS/ EQUIPAMENTOS	CONTEMPLA	TIPO I	TIPO II
2.001			ADULTO	PEDIÁTRICO
2.001.001	ALOJAMENTO CONJUNTO	REPOUSO COM ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM, BERÇO AQUECIDO, INCUBADORA E DESMAMADEIRA	R\$ 72,25	R\$ 72,25
2.001.002	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE *	CAFÉ DA MANHÃ	R\$ 17,00	R\$ 17,00
2.001.003	DIÁRIA DE BERÇÁRIO	BERÇO AQUECIDO, INCUBADORA E DESMAMADEIRA	Não se aplica	R\$ 35,20
2.001.004	DIÁRIA DE DAY CLINIC (APARTAMENTO)	REPOUSO COM ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM	R\$ 60,00	R\$ 151,27
2.001.005	DIÁRIA DE DAY CLINIC (ENFERMARIA)	REPOUSO COM ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM	R\$ 28,00	R\$ 95,47
2.001.006	DIÁRIA DE INTERNAMENTO PSQUIÁTRICO	REPOUSO COM ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM	R\$ 172,50	Não se aplica
2.001.007	DIÁRIA DE INTERNAMENTO STANDARD	APARTAMENTO PRIVATIVO COM ACOMPANHANTE	R\$ 115,00	R\$ 348,79
2.001.008	DIÁRIA DE UTI CARDIOLÓGICA	MONITORFC/ECG/PA,BOMBASDEINFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, ROUPAS DE CAMA, INDUMENTÁRIA EOXÍMETRO	R\$ 328,10	R\$ 328,10
2.001.009	DIÁRIA DE UTI GERAL	MONITORFC/ECG/PA,BOMBASDEINFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, ROUPAS DE CAMA, INDUMENTÁRIA EOXÍMETRO	R\$ 292,60	Não se aplica
2.001.010	DIÁRIA DE UTI NEONATAL	MONITOR FC/ECG/PA, BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, ROUPAS DE CAMA, INDUMENTÁRIA, OXÍMETRO, BERÇO AQUECIDO E INCUBADORA	Não se aplica	R\$ 647,20
2.001.011	DIÁRIA DE UTI PEDIÁTRICA	MONITOR FC/ECG/PA, BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, ROUPAS DE CAMA, INDUMENTÁRIA, OXÍMETRO, BERÇO AQUECIDO E INCUBADORA	Não se aplica	R\$ 647,20
2.001.012	ENFERMARIA	APARTAMENTO COMPARTILHADO	R\$ 57,20	R\$ 209,26
2.001.013	PLANTÃO DE 12 HORAS POR PACIENTE EM U.T.I. EXTERNA **	INTUBAÇÃO, MONITORIZAÇÃO CARDIOSCÓPICA, ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA, CARDIOVERSÃO, DESFRIBILIZAÇÃO E PUNÇÃO VENOSA (INTRACATH)	R\$ 65,00	R\$ 65,00
Observações para DIÁRIAS (*): Acompanhantes permitidos apenas para idosos (acima dos 60 anos de idade). **: Honorários do Intensivista não Plantonista (quando necessário participar) terá remuneração equivalente a R\$ 19,20/dia pelo atendimento hospitalar.				

USO DE SALAS				
03	APARELHOS / EQUIPAMENTOS	CONTEMPLA	TIPO I	TIPO II
3.001			ADULTO	PEDIÁTRICO
3.001.001	ALIMENTAÇÃO ENTERAL	DIETAS P/SNG, EXCETO LÍQUIDAS PRONTAS	R\$ 25,00	R\$ 25,00
3.001.002	ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	BOMBA DE INFUSÃO E EQUIPO	R\$ 58,00	R\$ 58,00
3.001.003	CABINE FLUXO LAMINAR	CABINE EQUIPADA	R\$ 55,00	R\$ 55,00
3.001.004	CIRURGIA DE PORTE MÉDIO COM OU SEM INTERNAMENTO	MONITOR (FC/ECG/PA), CAPINÓGRAFO, ASPIRADOR/IRRIGADOR (COM ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO), OXÍMETRO, APARELHOS DE ANESTESIA, BISTURÍ ELÉTRICO, INDUMENTÁRIA DE EQUIPE CIRÚRGICA E PESSOAL DE APOIO	Não se aplica	R\$ 305,23
3.001.005	CIRURGIA EXTRA CORPÓREA ATÉ 3 H	MONITOR (FC/ECG/PA), BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/IRRIGADOR, OXÍMETRO, APARELHOS DE ANESTESIA	R\$ 470,00	R\$ 470,00
3.001.006	CIRURGIA EXTRA CORPÓREA POR HORA SUBSEQUENTE	MONITOR (FC/ECG/PA), BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/IRRIGADOR, OXÍMETRO, APARELHOS DE ANESTESIA	R\$ 75,00	R\$ 75,00
3.001.007	CIRURGIA ATÉ 3 H	MONITOR (FC/ECG/PA), BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, OXÍMETRO, APARELHOS DE ANESTESIA, BISTURÍ ELÉTRICO	R\$ 176,00	R\$ 440,33
3.001.008	CIRURGIA POR HORA SUBSEQUENTE	MONITOR (FC/ECG/PA), BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, OXÍMETRO, APARELHOS DE ANESTESIA, BISTURÍ ELÉTRICO	R\$ 20,00	R\$ 49,18
3.001.009	CIRURGIA SEM INTERNAMENTO	MONITOR, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, OXÍMETRO, BISTURÍ ELÉTRICO	R\$ 125,00	R\$ 125,00
3.001.010	ESTUDO HEMODINÂMICO	MONITOR (FC/ECG/PA), BOMBAS DE INFUSÃO, ASPIRADOR/ IRRIGADOR, OXÍMETRO,INTENSIFICADOR DE IMAGEM	R\$ 145,00	R\$ 145,00
3.001.011	NEUROCIRURGIA ATÉ 3 H	MONITOR PIC/FC/ECG/PA, OXÍMETRO, BISTURÍ ELÉTRICO, ASPIRADOR, IRRIGADOR, APARELHO DE ANESTESIA, CRANEÓTOMO, SERRA, FRESA, BROCA, MICROSCÓPIO, BOMBAS DE INFUSÃO	R\$ 360,00	R\$ 360,00
3.001.012	NEUROCIRURGIA POR HORA SUBSEQUENTE	MONITOR PIC/FC/ECG/PA, OXÍMETRO, BISTURÍ ELÉTRICO, ASPIRADOR, IRRIGADOR, APARELHO DE ANESTESIA, CRANEÓTOMO, SERRA, FRESA, BROCA, MICROSCÓPIO, BOMBAS DE INFUSÃO	R\$ 50,00	R\$ 50,00
3.001.013	PEQUENAS CIRURGIAS ELETIVAS SEM ANESTESIA	BISTURI ELÉTRICO	Não se aplica	R\$ 82,63

3.001.014	PEQUENAS CIRURGIAS/URGÊNCIA		R\$ 16,50	R\$ 31,22
3.001.015	REPOUSO NA URGÊNCIA	MEDIANTE REGISTRO DE EVOLUÇÃO MÉDICA ATÉ 6 H, POSTERIORMENTE DAY CLINIC E APÓS 12 H DE INTERNAMENTO	R\$ 25,00	R\$ 52,40
3.001.016	REPOUSO NA URGÊNCIA CARDIO ATÉ 6 HORAS		R\$ 20,00	Não se aplica
3.001.017	REPOUSO PARA QUIMIOTERAPIA ATÉ 6 HORAS		R\$ 17,51	Não se aplica
3.001.018	SALA DE ENDOSCOPIA AMBULATORIAL		R\$ 11,60	Não se aplica
3.001.019	SALA DE GESSO		R\$ 25,00	R\$ 25,00
USO DE APARELHOS/ EQUIPAMENTOS				
04	APARELHOS/ EQUIPAMENTOS	CONTEMPLA	TIPO I	TIPO II
4.001			ADULTO	PEDIÁTRICO
4.001.001	APARELHO DE HEMODIÁLISE		R\$ 170,00	R\$ 170,00
4.001.002	ARTROSCÓPIO CIRÚRGICO	CAMISA FLUXOR PONTA ARTROZAM	R\$ 175,00	R\$ 175,00
4.001.003	ASPIRADOR (APTO/UTI) POR 12H		R\$ 15,00	R\$ 15,00
4.001.004	ASPIRADOR CAVITRON		R\$ 165,00	R\$ 165,00
4.001.005	ASPIRADOR/IRRIGADOR/SITE		R\$ 24,00	R\$ 24,00
4.001.006	BERÇO AQUECIDO (BERÇÁRIO/UTI) 12H		R\$ 15,00	R\$ 15,00
4.001.007	BOMBA DE INFUSÃO		R\$ 9,00	R\$ 20,13
4.001.008	CAMPIMETRIA		R\$ 26,25	Não se aplica
4.001.009	CAPINÓGRAFO POR USO NA SALA		R\$ 20,00	R\$ 20,00
4.001.010	CISTOSCÓPIO		R\$ 35,00	R\$ 35,00
4.001.011	COLCHÃO CAIXA DE OVO	UM COLCHÃO POR CADA 30 DIAS	R\$ 25,00	R\$ 52,40
4.001.012	COLCHÃO D'ÁGUA POR DIA		R\$ 4,00	R\$ 8,03
4.001.013	CRIO PARA CATARATA		R\$ 13,00	R\$ 13,00
4.001.014	CRIO PARA RETINA		R\$ 25,00	R\$ 25,00
4.001.015	DESFIBRILADOR POR USO		R\$ 15,00	R\$ 37,28
4.001.016	ECG	PACIENTE INTERNADO	R\$ 15,00	R\$ 15,00
4.001.017	ECG COMPUTADORIZADA	PACIENTE INTERNADO	R\$ 20,00	R\$ 20,00
4.001.018	ECO DOPPLER COMPUTADORIZADA	PACIENTE INTERNADO	R\$ 40,00	R\$ 40,00
4.001.019	EEG	PACIENTE INTERNADO	R\$ 18,00	R\$ 18,00
4.001.020	ELETROFISIOLOGIA NÃO INVASIVA	PACIENTE INTERNADO	R\$ 60,00	R\$ 60,00
4.001.021	FACOEMULSIFICAÇÃO		R\$ 150,00	R\$ 150,00
4.001.022	FIBRA ÓTICA TRANSESCLERAL INTRA.		R\$ 45,00	R\$ 45,00
4.001.023	FOTOTERAPIA 1ªH		R\$ 9,00	R\$ 9,00
4.001.024	FOTOTERAPIA 24H (BERÇÁRIO/UTI)		R\$ 35,00	R\$ 35,00
4.001.025	FOTOTERAPIA POR HORA SUBSEQUENTE		R\$ 1,50	R\$ 4,03

4.001.026	HIDRATAÇÃO PEDIÁTRICA POR DIA	ALGODÃO, ÁLCOOL, GAZE, POVIDINE DEGERMANTE, ESPARADRAPO E TALAS	Não se aplica	R\$ 24,14
4.001.027	HISTEROSCÓPIO CIRÚRGICO		R\$ 125,00	R\$ 125,00
4.001.028	HISTEROSCÓPIO DIAGNÓSTICO		R\$ 60,00	R\$ 60,00
4.001.029	HOLTER DESCONTÍNUO/CONTÍNUO		R\$ 30,00	R\$ 30,00
4.001.030	INTENSIFICADOR DE IMAGEM		R\$ 110,00	R\$ 244,92
4.001.031	INTENSIFICADOR DE IMAGEM		R\$ 79,82	Não se aplica
4.001.032	LASER EM SALA DE CIRURGIA		R\$ 130,00	R\$ 130,00
4.001.033	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO/OFTALMO		R\$ 35,00	R\$ 35,00
4.001.034	MONITOR CARDÍACO EM APTO OU ENFERMARIA POR 12H (PA INVASIVO OU NÃO)		R\$ 23,00	R\$ 23,00
4.001.035	MONITOR CARDÍACO EM APTO OU ENFERMARIA POR 24H (PA INVASIVO OU NÃO)		R\$ 45,00	R\$ 45,00
4.001.036	MONITOR DE PRESSÃO INTRACRANIANA		Não se aplica	R\$ 159,83
4.001.037	MONITOR EM SALA DE RECUPERAÇÃO		R\$ 5,85	Não se aplica
4.001.038	MONITOR FETAL SONAR POR 24H		R\$ 20,00	R\$ 20,00
4.001.039	NEBULIZAÇÃO AEROSOL P/20 MINUTOS COM O2, NÃO INCLUÍDA MEDICAÇÃO NÃO ESPECÍFICA	MEDICAÇÃO NÃO ESPECÍFICA SERÁ PAGA FRACIONADA	R\$ 7,00	R\$ 7,00
4.001.040	NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA POR 24HORAS COM MEDICAÇÃO	APARELHO, SORO FISIOLÓGICO, ÁGUA DESTILADA E TODA MEDICAÇÃO NECESSÁRIA PARA TAL	R\$ 40,00	R\$ 40,00
4.001.041	OXÍMETRO POR 12HORAS (USO FORA DA UTI)		R\$ 20,00	R\$ 20,00
4.001.042	REMOÇÃO PERÍMETRO URBANO COM MÉDICO		R\$ 60,00	R\$ 60,00
4.001.043	REMOÇÃO PERÍMETRO URBANO SEM MÉDICO		R\$ 35,00	R\$ 35,00
4.001.044	RESPIRADOR DE PRESSÃO S/O2 P/24 HS		R\$ 19,00	R\$ 19,00
4.001.045	RESPIRADOR DE VOLUME S/O2 P/24 HS		R\$ 40,00	R\$ 99,80
4.001.046	RESSECTOSCÓPIO	APARELHO + 1/6 DO VALOR DA ALÇA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
4.001.047	RETINÓGRAFO		R\$ 30,00	R\$ 30,00
4.001.048	SINOPTÓFORO		R\$ 13,00	Não se aplica
4.001.049	ULTRASSONOGRAMA COMPUTADORIZADA EM OFTALMOLOGIA		R\$ 25,00	R\$ 25,00
4.001.050	VÍDEO ENDOSCÓPIO/CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO EM BLOCO CIRÚRGICO, NEURO, OFTALMO, URO, OTORRINO.	APARELHO, SIDEX E ÁGUA DESTILADA	R\$ 100,00	R\$ 100,00
4.001.051	VÍDEO LAPAROSC./CIRÚRGICO/TERAPÊUTICO (ABDOMINAL, TÓRAX, GINECOLÓGICO)	SIDEX, GÁS CARBÔNICO, TROCATER, CLIPS E ÁGUA DESTILADA	R\$ 400,00	R\$ 400,00
4.001.052	VÍDEO LAPAROSC./DIAGNÓSTICA (ABDOMINAL, TÓRAX, GINECOLÓGICO)	SIDEX, GÁS CARBÔNICO, TROCATER, CLIPS E ÁGUA DESTILADA	R\$ 200,00	R\$ 200,00
4.001.053	VITREOFAGO		R\$ 30,00	R\$ 30,00

4.001.054	WE-FIELD		R\$ 15,00	R\$ 15,00	
4.001.055	YAG-LASER		R\$ 180,00	R\$ 180,00	
Observações para APARELHOS/ EQUIPAMENTOS: 1) Necessidade de uso de FILME RADIOLÓGICO o valor do M* será R\$ 19,40.					
USO DE GASES					
05	USO DE GASES	TIPO I - ADULTO		TIPO II - PEDIÁTRICO	
5.001		20 MINUTOS	1 HORA	20 MINUTOS	1 HORA
5.001.001	AR COMPRIMIDO	R\$ 6,60	R\$ 19,80	Não se aplica	Não se aplica
5.001.002	NEBULIZAÇÃO (AEROSOL EMERGÊNCIA) INCLUI: TAXA + OXIGÊNIO + MEDICAÇÃO	Não se aplica	Não se aplica	R\$ 18,69	R\$ 18,69
5.001.003	NEBULIZAÇÃO (AEROSOL INTERNAMENTO) INCLUI: TAXA + OXIGÊNIO + MEDICAÇÃO	Não se aplica	Não se aplica	R\$ 16,42	R\$ 16,42
5.001.004	ÓXIDO NÍTRICO	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	R\$ 46,29
5.001.005	OXIGÊNIO	R\$ 5,00	R\$ 15,00	R\$ 5,96	R\$ 17,89
5.001.006	OXIGÊNIO A PARTIR DO 8º DIA CONTÍNUO	R\$ 4,50	R\$ 13,00	Não se aplica	Não se aplica
5.001.007	OXIGÊNIO + AR COMPRIMIDO	R\$ 8,50	R\$ 25,00	R\$ 9,07	R\$ 27,23
5.001.008	OXIGÊNIO + AR COMPRIMIDO A PARTIR DO 8º DIA CONTÍNUO	R\$ 7,00	R\$ 21,00	Não se aplica	Não se aplica
5.001.009	PROTÓXIDO	R\$ 15,00	R\$ 45,00	R\$ 14,93	R\$ 44,79
Observações para USO DE GASES: 1) Gases Medicinais: no valor de R\$ 27,23 (vinte e sete reais e vinte e três centavos) para Oxigênio em respirador. 2) Gases Medicinais: Paciente em O ₂ contínuo ou nebulização, o valor a ser pago por hora de oxigênio é de R\$ 17,89 (dezesete reais e oitenta e nove centavos). 3) Os gases divisíveis na fração de 20 (vinte) minutos. 4) No caso de uso de aerosol, havendo substituição da medicação específica por outras, o valor será de R\$ 7,00 reais mais o preço da medicação fracionada. 5) Quando houver uso simultâneo de oxigênio contínuo e nebulização/aerosol, será acrescida do oxigênio utilizado apenas a medicação específica.					
OBSERVAÇÕES GERAIS					
DIÁRIAS/HONORÁRIOS 1) Não poderão ser cobrados dos beneficiários qualquer valor relativo à conta hospitalar. Caso surjam dúvidas contatar Auditoria Médica. 2) Nos honorários do plantonista da UTI não estão inclusos: diálises, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso e traqueostomia. 3) Estão inclusos: entubação, punção venosa, monitorização cardioscópica, assistência ventilatória, desfibrilação, cardioversão, prescrição, evolução e atendimento de intercorrências.					
TAXAS/PROTESES/MEDICAMENTOS E DESCARTÁVEIS 1) É indevida a cobrança de remoção de paciente para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e outros serviços, retornando-o ao hospital de origem. 2) O SISMEPE fornecendo órtese e/ou prótese, o credenciado poderá cobrar na fatura a taxa de 10% do valor da Nota Fiscal de compra, como guardado material fornecido. 3) O SISMEPE não fornecendo órtese e/ou prótese, o credenciado poderá cobrar na fatura a taxa de comercialização de 20%, mediante apresentação de fotocópia da nota fiscal do mesmo. 4) São considerados Materiais Especiais àqueles de custo na tabela SIMPRO maior que R\$ 300,00 (trezentos reais). 5) Os descartáveis serão pagos pela tabela SIMPRO plena, onde prevalecerá o material de menor valor. 6) Os medicamentos serão pagos pela tabela BRASÍNDICE plena, genérico menor valor, preço de fábrica + 32%. 7) Os medicamentos de USO RESTRITO HOSPITALAR serão pagos pela tabela BRASÍNDICE, preço de fábrica, genérico menor valor, alíquota do ICMS de 12% com acréscimo de 32% da taxa de comercialização. Em relação aos Medicamentos Oncológicos serão pagos pela tabela BRASÍNDICE, preço de fábrica + 38,24-18%. 8) As dietas enterais e parenterais seguirão o valor da tabela BRASÍNDICE /SIMPRO, acrescido da taxa de comercialização de 20%.					