



**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE**

**TERMO DE REFERÊNCIA / PROJETO BÁSICO PARA
CONTRATAÇÃO DE CLÍNICA ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA EM
QUIMIOTERAPIA**

1. INTRODUÇÃO

O presente Termo de Referência visa nortear a contratação emergencial de empresa para a prestação de serviço médico oncológico ambulatorial e a pacientes internados, em caráter imediato e a longo prazo, encaminhados pelo Sistema de Saúde do CBMERJ (Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro), portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas confirmadas através de exames de patologia clínica, e/ou diagnóstico por imagem e/ou através do estudo anatomo-patológico.

2. OBJETO

O objeto é a contratação emergencial de empresa prestadora de serviço médico oncológico, ambulatorial e hospitalar, especializada em quimioterapia.

A prestação desses serviços visa dar suporte às equipes médicas que atuam no Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, proporcionando o atendimento aos Bombeiros Militares, seus dependentes e pensionistas que descontam para o Fundo de Saúde, cadastrados, por intermédio da Diretoria Geral de Finanças, no Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ).

3. DOS BENEFICIÁRIOS

Serão beneficiários dos serviços propostos por esta contratação os Bombeiros Militares, seus dependentes e pensionistas cadastrados no Sistema de Saúde do CBMERJ, conforme Lei Estadual 880, de 20 de julho de 1985, artigo 45, inciso IV, item 5 e Lei Estadual 279, de 26 de novembro de 1979, artigos 44, 46 e 47. O Sistema de Saúde do CBMERJ atende atualmente cerca de 80.000 beneficiários.

4. JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratação visa suprir as necessidades das Unidades do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, composto por: Hospital Central Aristarcho Pessoa-HCAP (situada na Av. Paulo de Frontin, 876, Rio Comprido – município do Rio de Janeiro), 1^a Policlínica-Campinho (Rua Domingos Lopes, 336 – Rio de Janeiro), 2^a Policlínica (Av. Governador Roberto Silveira, 1221 – Nova Iguaçu), 3^a Policlínica (Av. Quintino Bocaiúva, s/nº - Niterói), 4^a Policlínica (Rua Ten Cel Cardoso, 909 – Campos dos Goytacazes).

Segundo o relatório *World Cancer Report 2008*, elaborado pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. O envelhecimento da população e o controle de outras causas de morbi-mortalidade, contribuem para crescente demanda de pacientes com doenças oncológicas.

O Instituto Nacional do Câncer estima que no Brasil para o ano de 2014 haja 580 mil novos casos de câncer, correspondendo, a 0,30% da população em geral.

O Sistema de Saúde CBMERJ não dispõe de serviço especializado em tratamento adjuvante ou neoadjuvante em oncologia e entende que o diagnóstico precoce, instituição imediata do tratamento e acompanhamento realizado por equipe de saúde especializada são fatores que determinam o prognóstico e o êxito do tratamento de pacientes com doenças oncológicas. O dever de garantir o acesso de seus beneficiários à assistência de saúde adequada às suas necessidades evidencia necessidade do Sistema de Saúde do CBMERJ em contratar serviço especializado em assistência quimioterápica.

5. DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

A CONTRATADA deve comprometer-se a prestar os serviços em estrutura física de acordo com as normas estabelecidas na RDC ANVISA 50/2002. Os processos de assistência devem estar alinhados com as diretrizes estabelecidas por: RDC nº 220 de 21/09/2004; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde/1994; RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004; RDC/ANVISA nº 45, de 12/03/2003; NR 32/ MT de 11/11/2005; bem como demais normas e diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde e ANVISA referentes às boas práticas de assistência em saúde.

Conforme discriminado a seguir, a CONTRATADA compromete-se a prestar, em instalações próprias, no município do Rio de Janeiro, os serviços relativos a procedimentos de aspiração e biópsia de medula óssea (item 5.3), Terapia Antineoplásica (item 5.4) e no Hospital Central Aristarcho Pessoa os serviços relativos à avaliação clínica/resposta à solicitação de pareceres (item 5.2) e assistência ambulatorial (item 5.1), aos beneficiários com doenças oncológicas diagnosticadas ou em investigação, que necessitem de tratamento ou avaliação.

5.1 Assistência Ambulatorial

A CONTRATADA deverá disponibilizar equipe médica especializada em oncologia clínica e pediátrica para prestar assistência ambulatorial no Hospital Central Aristarcho Pessoa, com carga horária de 8 (oito) horas semanais.

Os médicos do Sistema de Saúde do CBMERJ solicitarão as avaliações em oncologia clínica e pediátrica para pacientes em acompanhamento no Sistema de Saúde do CBMERJ, por meio de impresso padrão (ANEXO A).

A estimativa é de cerca de 400 (quatrocentas) consultas por ano, que terão seus custos já incluídos nos valores do pacote acordado.

5.2 Resposta à solicitação de Pareceres

Os médicos do Sistema de Saúde do CBMERJ solicitarão os pareceres em oncologia clínica e pediátrica para pacientes internados no HCAP, por meio de impresso padrão (ANEXO A).

5.2.1 – Rotina

A CONTRATADA deverá disponibilizar equipe médica especializada em oncologia clínica e pediátrica para responder a solicitação de pareceres, em caráter de rotina, com prazo máximo de 2 (dois) dias úteis a partir do recebimento da solicitação.

A estimativa é de cerca de 48 (quarenta e oito) pareceres por ano, com média mensal de 04 (quatro) pareceres, que terão seus custos já incluídos nos valores do pacote acordado.

5.2.2 – Urgência/Emergência

A CONTRATADA deverá disponibilizar equipe médica especializada em oncologia clínica e pediátrica para responder a solicitação de pareceres em caráter de urgência/emergência, inclusive nos fins de semana e feriados.

A estimativa é de aproximadamente 06 pareceres por ano, que terão seus custos já incluídos nos valores do pacote acordado.

5.3 Procedimentos diagnósticos

5.3.1 Coleta de aspirado e/ou biópsia de medula óssea

A coleta do aspirado e/ou biópsia de medula óssea deverá ser realizada em estrutura própria ou, em casos de impossibilidade de locomoção do paciente, no HCAP, com equipe e insumos específicos da CONTRATADA, segundo agendamento prévio acordado com a CONTRATANTE.

O mielograma e a biópsia serão processados e analisados em estrutura própria da CONTRATADA. A equipe, os equipamentos e insumos específicos para a coleta do mielograma e da biópsia de medula óssea serão fornecidos pela CONTRATADA.

A estimativa corresponde a 4 (quatro) procedimentos de aspirado de medula óssea e 4 (quatro) biópsias de medula óssea por ano, com valores de referência da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2012 plena (ANEXO B), com custo operacional de R\$ 14,33 (quatorze reais e trinta e três centavos). Dessa forma, o valor pago pelo aspirado para mielograma seria de R\$ 131,37 (cento e trinta e um reais e trinta e sete centavos) e pela coleta de biópsia de medula óssea R\$ 549,88 (quinhentos e quarenta e nove reais e oitenta e oito centavos). Caso a CONTRATADA julgue necessária a revisão das lâminas ou de outros materiais biológicos, o custo deste procedimento ficará sob a responsabilidade da CONTRATADA sem nenhum ônus para a CONTRATANTE.

5.4 Terapia Antineoplásica

A prescrição, o acompanhamento e orientações necessárias à realização dos procedimentos, assim como aluguéis de equipamentos, materiais específicos (cateteres, agulhas, fios guia etc.), medicamentos (quimioterápicos e outros medicamentos como estimuladores medulares), honorários do especialista (Oncologista), honorários de enfermagem, consultas de acompanhamento, procedimentos invasivos de pequeno porte (cateterismo venoso, punção lombar para a administração intratecal de quimioterápicos e outros) e atendimento inicial a urgências ocorridas durante a terapia antineoplásica ficarão sob a responsabilidade da empresa CONTRATADA.

Os protocolos de tratamento em quimioterapia devem estar em consonância com os protocolos aceitos e reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Cancerologia, devendo ser encaminhados à CONTRATANTE quando da assinatura do contrato de prestação do serviço.

A CONTRATADA deve assegurar assistência mínima de 01 (uma consulta) ao mês durante a terapia antineoplásica. Após o término da quimioterapia, a frequência de consultas será:

- até 6º mês – 1 consulta mensal;
- do 7º ao 18º mês -1 consulta trimestral;
- do 19º ao 36º mês -1 consulta semestral;

· Após o 36º mês -1 consulta anual;

Em caso de tratamento quimioterápico, deverá haver o registro em prontuário, através de ficha técnica, das seguintes informações sobre a quimioterapia: planejamento quimioterápico; drogas utilizadas e sua dosagem; quantidade de ciclos a serem realizados; data de início e término dos ciclos.

A tabela abaixo demonstra o número de pacientes portadores de doenças oncológicas de acordo com o diagnóstico, tendo como base os últimos 02 anos..

TIPO	2015	2016
ADENOCARCINOMA	3	5
ANGIOSARCOMA	0	1
ANAL	1	1
AMIGDALAS	0	1
CARCINOMA	1	1
CARCINOMA ESCAMOSO	1	1
COLON	6	6
ENDOMÉTRIO	1	0
ESOFAGO	1	0
ESTOMAGO	4	1
ESPINOCELULAR	0	1
FÍGADO	1	1
LEUCEMIA	1	1
LINFOMA	0	1
LND CERVICAL	1	0
MAMA	14	15
MIELOMA MULTIPLO	4	3
NASOFARINGEO	1	0
OROFARINGE	1	0
OVÁRIO	2	3
PAROTIDA	1	1
PANCREAS	0	1
PROSTATA	28	35
PULMAO	9	8
RETO	4	7
RIM	1	2
TESTICULO	2	1
UTERO	1	2
VESICULA BILIAR	0	1

6. ESTIMATIVA DE CUSTOS

A estimativa de custos teve como base os gastos com quimioterapia no ano 2016. Nesse período, a média mensal foi de R\$432.392,65 (quatrocentos e trinta e dois mil, trezentos e noventa e dois reais e sessenta e cinco centavos) reajustados pelo IPC-A (IBGE) e equivalendo a um gasto semestral de R\$ 2.594.355,90 (dois milhões, quinhentos e noventa e quatro mil e trezentos e cinqüenta e cinco reais e noventa centavos).

Vale ressaltar que esses valores são apenas uma estimativa e que os custos de um tratamento oncológico são muito variáveis, já que, para um mesmo sítio primário de neoplasia indica-se um número diferente de sessões de quimioterapia de acordo com o tipo histopatológico do tumor, o estadiamento e variáveis próprias de evolução/resposta clínica de cada paciente. Ademais, existe uma gama extensa de quimioterápicos que divergem entre si em relação ao seu valor, variando, também, de acordo com a cotação do dólar. Esta vem apresentando um crescente no último semestre, determinando, assim, que existam pacientes cujos tratamentos terão custos mensais elevados. Assim sendo, o valor total estimado poderá sofrer alterações, de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde do CBMERJ.

Não existe uma tabela que unifique os valores dos quimioterápicos, de modo que o preço de cada medicamento é definido por seu fabricante e importador, visto serem, na grande maioria, medicamentos importados. Dessa forma, a sugestão é que o vencedor do processo licitatório seja aquele que conseguir oferecer o menor valor baseando-se na estimativa de casos (tabela 5.4.1) partindo do maior valor ao consumidor acordado pela AHCRJ (Associação de Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro).

7. HABILITAÇÃO TÉCNICA DA CONTRATADA

A habilitação será verificada pela CONTRATANTE, onde serão avaliados os seguintes documentos:

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e alterações ou da consolidação respectiva;
- c) Número da inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ do Ministério da Fazenda;
- d) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- e) Prova de regularidade com as Fazendas Estadual e Municipal do domicílio ou sede da CONTRATANTE;
- f) Certidão Negativa de Débito – CND, emitida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS;
- g) Certificado de Regularidade do FGTS, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- h) Registro ou inscrição nas entidades profissionais competentes (Conselho Regional de Medicina – CRM);
- i) Licença de funcionamento de estabelecimento de saúde pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

No curso do procedimento, em especial por ocasião do ato de julgamento da habilitação, caso conste algum documento referente à regularidade fiscal vencido, será realizada nova consulta ao SICAF ou ao portal pertinente, para atualização dos prazos de validade;

8. EQUIPE TÉCNICA ESPECIALIZADA

A CONTRATADA deverá apresentar em seus quadros equipe técnica contratada com as exigências abaixo elencadas, salientando que não há vínculo empregatício desta equipe especializada com a CONTRATANTE:

8.1 Responsável Técnico

Registro da responsabilidade técnica no CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro)

8.2 Equipe Médica Assistencial

- Registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), com a anuidade em dia.
- Especialistas com certificação emitida por instituição reconhecida pelo MEC ou pela Sociedade Brasileira de Cancerologia, comprovada de acordo com a Resolução CFM nº 1.763/2005, nas áreas de Cancerologia Clínica e/ou Pediátrica.

8.3 Equipe de Enfermagem:

- Cadastro no Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro (COREN-RJ) com anuidade atualizada.
- Certificado de especialização em Cancerologia Clínica e/ou Pediátrica emitido por instituição reconhecida pelo MEC.

9. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A CONTRATADA se obriga a prestar os serviços profissionais especializados constantes no item 5 aos beneficiários do Sistema de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. É de total responsabilidade da CONTRATADA a realização dos serviços, bem como a administração e manutenção dos equipamentos e dos recursos próprios

necessários a prestação dos serviços contratados durante todo o prazo de vigência contratual.

A CONTRATADA para a execução dos serviços propostos por este Termo de Referência estará obrigada a satisfazer a todos os requisitos e atender a todas as exigências e condições a seguir estabelecidas:

- 9.1. Assumir inteira responsabilidade civil e administrativamente por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pela CONTRATADA aos beneficiários do serviço a ser contratado;
- 9.2. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral;
- 9.3. Prestar os serviços de forma contínua, não sendo admitida interrupção de qualquer natureza sob pena de rescisão contratual;
- 9.4 Os serviços serão prestados sob inteira responsabilidade da CONTRATADA, a quem caberá à administração dos recursos necessários ao atendimento médico e de enfermagem em oncologia clínica/pediátrica e em hematologia clínica/pediátrica;
- 9.5 Os procedimentos necessários para realização da biópsia e/ou aspirado de medula óssea e terapia antineoplásica serão realizados nas dependências da CONTRATADA, no Município do Rio de Janeiro, ou em caso de impossibilidade de locomoção do paciente internado, nas dependências do HCAP. Os profissionais da equipe de saúde responsáveis pela elaboração e execução destes procedimentos ficarão sob a responsabilidade da CONTRATADA;
- 9.6 Os procedimentos, equipamentos, insumos e equipe técnica responsáveis pela análise do mielograma ficarão sob a responsabilidade da CONTRATADA;

9.7 Todos os insumos e os equipamentos a serem utilizados nos procedimentos de quimioterapia deverão ser fornecidos pela CONTRATADA sendo de sua exclusiva responsabilidade a aquisição e manutenção dos mesmos;

9.8 A CONTRATADA assume total responsabilidade pelos encargos administrativos, tais como: controle de frequência, como também por todas as obrigações trabalhistas, fiscais e previdenciárias relativas aos seus funcionários;

9.9 A CONTRATANTE deverá autorizar a realização dos procedimentos pela CONTRATADA através de ofício emitido pela Diretoria Geral de Saúde;

9.10 Os serviços, objeto desta licitação, serão executados de forma tal que não venham a gerar vínculo empregatício entre a CONTRATANTE e a equipe que realiza os procedimentos específicos;

9.11 A CONTRATADA deverá apresentar na fatura a discriminação dos materiais empregados;

9.12 A CONTRATADA deverá apresentar relatório mensal com indicadores de desempenho, tais como:

- Tempo médio entre a data do recebimento do ofício de autorização e do início do tratamento;
- Número total de pacientes tratados discriminados por diagnóstico;
- Número total de pacientes em seguimento ambulatorial e em regime de internação;
- Tempo de tratamento de cada paciente;
- Tempo médio de tratamento dos pacientes;
- Tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e estadiamento da doença;
- Taxa de abandono de tratamento;
- Número total de recidivas;
- Número total de óbitos ocorridos durante o tratamento e acompanhamento;

- Número Total de consultas ambulatoriais no HCAP;
- Número Total de Pareceres respondidos.

9.13 A CONTRATADA deverá disponibilizar à CONTRATANTE, por ocasião da assinatura do contrato, todos os protocolos utilizados na rotina do serviço, bem como as eventuais modificações que se façam necessárias, com justificativa por escrito;

9.14 Ficam vedadas à CONTRATADA a utilização de medicamentos e a realização de procedimentos não reconhecidos e autorizados junto aos Conselhos de Medicina e de Enfermagem e Sociedades Médicas e de Enfermagem;

9.15 A CONTRATADA deverá disponibilizar profissionais médicos nas especialidades de oncologia clínica para atendimento ambulatorial no HCAP, com carga horária mínima semanal de 8 (oito) horas, com dia e hora definidos em comum acordo entre as partes;

9.16 A CONTRATADA deverá disponibilizar médicos e enfermeiros especializados em oncologia para orientar, de forma presencial ou à distância, a assistência a pacientes internados no HCAP, em todas as modalidades de oncologia/hematologia clínica e pediátrica.

9.17 A CONTRATADA deverá disponibilizar médicos especializados em oncologia, para responder às solicitações de parecer emitidas por médicos do Sistema de Saúde do CBMERJ, por meio de impresso padronizado (ANEXO A);

9.18 A equipe da CONTRATADA deve registrar a data e o horário em que recebeu a solicitação de parecer, devolvendo à CONTRATADA a 2^a via.

9.19 O médico da CONTRATADA, especialista em oncologia, deverá avaliar o paciente, registrar a resposta em espaço próprio em prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após o recebimento da solicitação de parecer;

- 9.20 A CONTRATADA deverá encaminhar a resposta do parecer à Direção do Hospital Central Aristarcho Pessoa, que irá informar ao médico assistente e solicitar autorização à Diretoria Geral de Saúde;
- 9.21 A Diretoria Geral de Saúde deverá encaminhar à CONTRATADA ofício de autorização de início do procedimento solicitado;
- 9.22 A CONTRATADA somente poderá iniciar o procedimento ou alterar o protocolo anteriormente autorizado pela CONTRATANTE mediante ofício referido no item 9.21;
- 9.23 O esquema terapêutico definido pela CONTRATADA, assim como as modificações antes do seu início ou na vigência do tratamento, devem ser encaminhadas, por escrito, à CONTRATANTE para a devida autorização;
- 9.24 A CONTRATANTE terá um prazo máximo de até 3 (três) dias úteis para a liberação desta autorização através de ofício emitido pela Diretoria Geral de Saúde;
- 9.25 A CONTRATADA deverá apresentar à CONTRATANTE a relação completa dos seus profissionais, no ato da contratação, qualificando cada profissional de acordo com sua especialidade;
- 9.26 A CONTRATADA deverá comunicar à CONTRATANTE, por meio de documento formal, qualquer alteração no corpo clínico, no prazo máximo de sete dias;
- 9.27 A CONTRATADA deve garantir, em um prazo de quarenta e oito horas, a substituição de profissionais que estejam sob sua responsabilidade e que por qualquer motivo não estejam atendendo aos padrões exigidos pela CONTRATANTE.

10. FATURAMENTO

O faturamento dos serviços prestados seguirá as regras gerais adotadas pela CONTRATANTE para pagamento dos serviços contratados.

Os procedimentos efetivamente realizados somente serão reconhecidos, para fins de faturamento, se estiverem devidamente autorizados pela CONTRATANTE com a assinatura do paciente ou seu responsável legal no verso do pedido expedido pela CONTRATANTE.

Os pagamentos serão efetuados através de crédito em conta corrente bancária da empresa CONTRATADA, cujo número e agência deverão ser informados à CONTRATANTE até a assinatura do contrato. A CONTRATADA deverá enviar a planilha de faturamento (ANEXO – C), juntamente com o documento de autorização emitido pela CONTRATANTE, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente aos atendimentos realizados.

11. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O presente Contrato terá vigência de 180 (cento e oitenta) dias, conforme disposto no art. 57, inciso II da Lei 8.666/93.

Rio de Janeiro, 12 de julho de 2017.


SUEO MIZUMOTO - Cel BM QOS/Méd/92
Diretor Geral de Saúde

SUEO MIZUMOTO
CEL BM QOS/Med/92
CBMERJ 17318 - CRM 52.48124-2
Diretor Geral de Saúde

CBMERJ 17.318

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE PARECER

SUBSECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DIRETORIA GERAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE PARECER

Nome do Paciente: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____ RG: _____

Prontuário: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Pedido a: _____

Localização do Paciente: Enfermaria CTI Leito: ____ Amb HCAP (especialidade: _____)

Razão da Solicitação (Sumário clínico e Diagnóstico Provisório)

Solicitado em ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

Recebido em ____ / ____ / ____ às ____ h

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitado

Parecer:


Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável pelo Parecer

ANEXO B TABELA - CBHPM 2012

1A	R\$ 12,86	5C	R\$ 291,64	10B	R\$ 966,50
1B	R\$ 25,72	6A	R\$ 317,65	10C	R\$ 1.072,75
1C	R\$ 38,58	6B	R\$ 349,30	11A	R\$ 1.134,93
2A	R\$ 51,45	6C	R\$ 382,08	11B	R\$ 1.244,58
2B	R\$ 67,82	7A	R\$ 412,60	11C	R\$ 1.365,54
2C	R\$ 80,26	7B	R\$ 456,68	12A	R\$ 1.415,27
3A	R\$ 108,67	7C	R\$ 540,33	12B	R\$ 1.521,53
3B	R\$ 140,14	8A	R\$ 583,29	12C	R\$ 1.884,04
3C	R\$ 160,52	8B	R\$ 611,55	13A	R\$ 2.051,69
4A	R\$ 191,04	8C	R\$ 648,95	13B	R\$ 2.250,64
4B	R\$ 209,13	9A	R\$ 689,55	13C	R\$ 2.489,16
4C	R\$ 238,26	9B	R\$ 753,99	14A	R\$ 2.774,02
5A	R\$ 254,34	9C	R\$ 830,84	14B	R\$ 3.018,19
5B	R\$ 274,69	10A	R\$ 891,89	14C	R\$ 3.329,05

UCO = R\$ 14,33

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

4.03.00.00-5

Código	Procedimentos	Porte	Custo Oper.
4.03.04.27-2	Filária, pesquisa.....	0,04 de 1A	0,387
4.03.04.28-0	Grupo ABO, classificação reversa, determinação	0,01 de 1A	0,810
4.03.04.29-9	Grupo sanguíneo ABO, e fator Rho (incluso Du), determinação.....	0,01 de 1A	0,630
4.03.04.30-2	Ham, teste de (hemólise ácida)	0,01 de 1A	0,630
4.03.04.31-0	Heinz, corpúsculos, pesquisa.....	0,04 de 1A	0,387
4.03.04.32-9	Hemácias fetais, pesquisa.....	0,04 de 1A	0,387
4.03.04.33-7	Hematórito, determinação do.....	0,01 de 1A	0,630
4.03.04.35-3	Hemoglobina (eletroforese ou HPLC).....	0,10 de 1A	2,097
4.03.04.83-3	Hemoglobina instabilidade a 37 graus C	0,01 de 1A	0,514
4.03.04.34-5	Hemoglobina, dosagem.....	0,01 de 1A	0,630
4.03.04.84-1	Hemoglobina, solubilidade (HbS e HbD), pesquisa.....	0,01 de 1A	0,567
4.03.04.85-0	Hemoglobinopatia - triagem (El.HB., hemoglob. fetal reticulócitos, corpos de H, T, falcificação hemácias, resist. osmótica, termo estabilidade).....	0,10 de 1A	2,800
4.03.04.36-1	Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)	0,01 de 1A	0,870
4.03.04.37-0	Hemossedimentação, (VHS), velocidade	0,01 de 1A	0,387
4.03.04.38-8	Hemossiderina (siderócitos), sangue ou urina, pesquisa	0,01 de 1A	1,166
4.03.04.39-6	Heparina, dosagem	0,10 de 1A	3,204
4.03.04.70-1	Imunofenotipagem para doença residual mínima (*)	0,75 de 1A	24,066
4.03.04.71-0	Imunofenotipagem para hemoglobinúria paroxística noturna (*)	0,50 de 1A	21,276
4.03.04.72-8	Imunofenotipagem para leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica (*).....	0,75 de 1A	48,492
4.03.04.73-6	Imunofenotipagem para linfoma não Hodgkin / síndrome linfoproliferativa crônica (*)	0,50 de 1A	15,372
4.03.04.74-4	Imunofenotipagem para perfil imune (*)	0,50 de 1A	15,372
4.03.04.40-0	Inibidor do TPA (PAI), pesquisa e/ou dosagem	0,50 de 1A	12,686
4.03.04.76-0	Inibidor dos fatores da hemostasia, triagem.....	0,50 de 1A	11,250
4.03.04.41-8	Leucócitos, contagem	0,01 de 1A	0,630
4.03.04.94-9	Linfonodo, exame de esfregaço de aspirado.....	1A	8,270
4.03.04.48-5	Medula óssea, aspiração para mielograma ou microbiológico.....	1A	8,270
4.03.04.43-4	Meta-hemoglobina, determinação da	0,01 de 1A	0,837
4.03.04.89-2	Mielograma	0,10 de 1A	5,004
4.03.04.45-0	Plaquetas, teste de agregação (por agente agregante), cada	0,10 de 1A	5,544
4.03.04.46-9	Plasminogênio, dosagem	0,10 de 1A	8,091
4.03.04.47-7	Plasmódio, pesquisa.....	0,04 de 1A	0,387
4.03.04.49-3	Produtos de degradação da fibrina, qualitativo	0,10 de 1A	5,004
4.03.04.77-9	Produtos de degradação da fibrina, quantitativo	0,10 de 1A	5,544
4.03.04.50-7	Proteína C, dosagem	0,10 de 1A	5,544

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA TRANSFUSIONAL

4.04.00.00-0

Código	Procedimentos	Porte	Custo Oper.	Porte Anest.
4.04.04.06-4	Avaliação quimerismo por STR - paciente - pós-transplante	0,10 de 1A	62.400	-
4.04.03.06-8	Coleta de biópsia de medula óssea por agulha.....	2C	21.570	2
4.04.03.04-1	Coleta de células tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea.....	3B	35.300	0
4.04.03.05-0	Coleta de células tronco por processadora automática para transplante de medula óssea.....	5A	101.000	0
4.04.04.07-2	Coleta de linfócitos de sangue periférico por aférese para tratamento de recidivas pós-Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alógénico	5A	101.000	-
4.04.03.07-6	Coleta de medula óssea para transplante	6C	28.920	3
4.04.04.08-0	Controle microbiológico da medula óssea no Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alógénico	0,10 de 1A	3.177	-
4.04.04.09-9	Controle microbiológico das células tronco periféricas no Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alógénico	0,10 de 1A	3.177	-
4.04.04.10-2	Depleção de plasma em Transplante de Células-Tronco Homopoéticas alógénicos com incompatibilidade ABO menor	5A	-	-
4.04.03.87-4	Detecção de consumo de oxigênio (O2) por unidade de concentrado de plaquetas (por unidade de concentrado de plaquetas de doador múltiplo)	0,50 de 1A	8.100	0
4.04.03.88-2	Detecção de consumo de oxigênio (O2) por unidade de concentrado de plaquetas (por unidade de concentrado de plaquetas por aférese).....	0,50 de 1A	24.300	0
4.04.03.08-4	Determinação de células CD34, CD45 positivas - Citômetro de Fluxo	1B	15.000	0
4.04.03.09-2	Determinação de conteúdo de DNA - Citômetro de Fluxo.....	1B	18.590	0
4.04.03.92-0	Determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco no sangue do receptor	0,10 de 1A	0,558	-
4.04.03.93-9	Doação autóloga com recuperação intra-operatória	6A	104.000	-
4.04.03.94-7	Doação autóloga peri-operatória por hemodiluição normovolêmica ...	1C	4.350	-
4.04.03.95-5	Doação autóloga pré-operatória	1B	28.180	-
4.04.03.10-6	Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,580	0
4.04.03.11-4	Eletroforese de hemoglobina por unidade de sangue total	0,10 de 1A	0,820	0
4.04.03.91-2	Estimulação e mobilização de células CD34 positivas	2C	456.160	-
4.04.03.96-3	Exames imunohematológicos em recém-nascidos: tipificação ABO e RH, pesquisa de D fraco RH(D) e prova da antiglobulina direta..	0,20 de 1A	1.730	-
4.04.03.12-2	Exsanguíneo transfusão	5A	-	0
4.04.03.13-0	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - por fenótipo.....	0,10 de 1A	1.820	0

INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS PARA A ANESTESIOLOGIA

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.
 - 1.1. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiologista, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.
2. Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro abaixo:

Porte Anestésico

0	Anestesia Local
1	3A
2	3C
3	4C
4	6B
5	7C
6	9B
7	10C
8	12A

3. O porte anestésico "0" significa "NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA".
4. Quando houver necessidade do concurso de anestesiologista 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.



ANEXO C – PLANILHA DE FATURAMENTO

DIRETORIA GERAL DE SAÚDE – PLANILHA DE FATURAMENTO

NOME DO CREDENCIADO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Relação de serviços prestados em (mês e ano): _____

Confere com o valor da(s) nota(s) fiscal(is) número: _____

IMPORTA A PRESENTE FATURA EM R\$ _____ (_____)

Responsável (data: ___ / ___ / ___)
(carimbo de identificação)

Auditor da DGS data: ___ / ___ / ___
(carimbo de identificação)