

ORIENTAÇÕES DA AUDITORIA 2013

1. Consulta médica:

Atendimento prestado pelo médico credenciado ao usuário em consultório particular, domicílio ou nas instituições hospitalares em dias e horários pré-estabelecidos (consulta eletiva) ou realizados em caráter de urgência/emergência (consulta de urgência). Emite parecer, instrução, opinião ou conselho sobre a queixa do usuário, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos adequados.

A **Resolução 1958/2010 do CFM Publicado no D.O.U em janeiro de 2011** estabelece as diretrizes para a realização de consulta: “a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento”. Estabelece ainda que: “Se houver atendimento de outra doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional, ele será passível de cobrança de novos honorários”. Da mesma forma, alterações de sinais ou sintomas “que requeiram nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica, o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado”. A resolução estabelece ainda que “nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas”.

Primeira consulta: consulta inicial do beneficiário com o prestador habilitado.

Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente não será paga.

2. Consulta de Seguimento (Retorno):

Ato médico decorrente da necessidade de reavaliação terapêutica e/ou diagnóstica de um paciente. Consulta eletiva de um mesmo usuário, realizada por um mesmo prestador, em continuidade ou complementaridade de tratamento e/ou acompanhamento do paciente. O tempo pode variar de 7 a 30 dias, conforme especialidade e patologia. Fora desse prazo haverá nova remuneração ao credenciado.

Não é remunerado a repetição de consultas subseqüentes ao primeiro atendimento em serviço de urgência e ou para requisição de exames complementares quando realizados pelo mesmo profissional assistente.

Entrega de exames: a entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico não serão consideradas como nova consulta desde que aconteça em um prazo de 15 a 30 dias conforme pactuado.

A **Resolução 1958 do CFM de janeiro de 2011** estabelece as diretrizes para o retorno de consulta: “quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário”. Finalmente, determina que “instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas”.

Considerando as especificações de uma unidade de pronto atendimento ou de pronto socorro, não cabe a proposta de consulta de retorno. Neste caso, o médico que solicitar os exames deverá reavaliar o paciente e interpretar os resultados em período compatível com a caracterização de urgência e emergência. Fica evidente a necessidade da realização de alta responsável que possa garantir o completo atendimento ao paciente e buscar a solução do seu problema. **PARECER-CONSULTA CRMMG N.º 4007/2010**

Se ocorrer nova consulta no período de retorno estipulado pelo convênio, porém se outra patologia a autorização será mediante justificativa médica com aposição de CID ou diagnóstico. **Processo-consulta CFM nº. 1387/91 embasado no PC/CFM nº. 05/92.**

CONSTITUEM MOTIVO DE GLOSA DE CONSULTA MÉDICA

- a) Quando imediatamente seguida por um ato médico realizado pelo mesmo médico (tratamento conservador e reduções incruentas de fraturas).
- b) Quando realizada até 10 (dez) dias após uma cirurgia por qualquer membro da equipe.
- c) Estando de plantão e solicitado parecer.
- d) Data e/ou assinatura do usuário ausente/rasurada.
- f) Para a entrega e avaliação dos exames complementares conforme pactuado em contrato.
- g) Cobrança de consulta pré-anestésica quando realizada durante internação (item 1 das Instruções Gerais Específicas de Anestesiologia), bem como de radiologia intervencionista.

3. Avaliação de referência/ Interconsultas/ Acompanhamento/ Parecer de especialista:

Avaliação realizada por indicação de outro profissional para continuidade do tratamento.

Em internações há a necessidade da solicitação registrada em prontuário pelo médico assistente e do parecer pelo médico solicitado. Recomenda-se que os relatórios, tanto do médico solicitante quanto o do solicitado, contenham data, hora da realização do pedido, a hora do atendimento do médico parecerista, queixas do doente, dados do exame clínico e exames complementares, relacionados a objetivos do parecer, hipóteses de diagnóstico e conduta a ser observada. **(CRM Distrito Federal – Prontuário Médico do Paciente – Guia Prático)**

4. Adicional de Urgência e Emergência:

Os honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos executados em caráter de urgência e emergência terão um adicional de trinta por cento (30%) em seus portes, quando realizados:

AMB: no período compreendido entre 22h00min às 06h00min horas do dia seguinte, aos domingos e feriados em qualquer horário.

CBHPM: no período compreendido entre 19h00min às 07h00min horas do dia seguinte. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados (Municipal, Estadual e Nacional – uma vez que as tabelas generalizam todos os feriados não definindo quais os feriados validam esta norma).

Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), visitas hospitalares, plantonista de UTI, honorários médicos de cirurgias eletivas para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento.

Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência. (Tabela CBHPM 4^a e 5^a edição).

A confirmação do horário se fará através do prontuário médico. Havendo divergência, bem como se a OPS constatar que o procedimento foi adiado propositalmente, visando o adicional, este não será ser pago pela OPS.

5. Especialidade Médica:

Apresentar especialidade devidamente registrada junto ao Conselho Regional de Medicina. **Resolução 1.974/11 do Conselho Federal de Medicina (CFM)**. Procedimentos realizados em especialidades não registradas podem gerar glosas devidas.

6. Oftalmologia:

A consulta Oftalmológica padrão inclui: anamnese, refração, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

A solicitação de exames complementares deverá observar os protocolos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Teste do Olhinho (teste do reflexo vermelho) em recém-nascidos: cobrança prevista conforme RN nº 211 da ANS e Lei 17078 de 18/10/2007.

Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

6. Diagnose e terapia: Laringe – Traquéia - Brônquios

Quando há solicitação de Laringoscopia, Traqueoscopia e Broncoscopia: se realizados *seqüencialmente* será cobrado apenas o ato de maior valor.

7. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Quando o paciente voluntariamente internar-se em **ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES**, diferentes das previstas referentes a acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi-privativos) e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item abaixo.

Para os usuários detentores de planos com acomodações privativas, diferentemente do previsto no referente a acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi-privativos), fica prevista a valoração dos honorários do médico assistente e equipe por no máximo o dobro de sua quantificação. Não estão sujeitos às estas condições os atos médicos dos procedimentos diagnósticos.

Os atos do médico assistente quando o paciente estiver internado em UTI terão seus valores de Honorários remunerados de acordo com o tipo de acomodação do paciente.

O critério das acomodações hospitalares privativas não se aplica ao intensivista diarista e ao intensivista plantonista.

Os atos do médico assistente quando o procedimento for realizado em “day clinic” será pago de acordo com o tipo de acomodação do paciente.

8. PRONTUARIO MÉDICO

Fazer bem feito não basta, é preciso registrar!

É necessário o registro da data e hora dos atendimentos, nome completo e assinatura do profissional assistente com seu número de inscrição no respectivo conselho de classe. Usar carimbo. Em caso de não-profissionais assistentes, como acadêmico em treinamento, é necessário que sua assinatura conste ao lado da do titular atendente.

Anotar, no prontuário, todos os procedimentos decorrentes da assistência ao doente.

Prejudica a instituição que arrecada por meio de convênios, não anotar, no prontuário, todos os atendimentos ao paciente, mesmo os mais simples, como retirar pontos de feridas cirúrgicas, trocar curativos, fazer limpeza de estomas.

Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente (Resolução CFM N.º 1.638/02).

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Fonte: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Prontuário Médico do Paciente – Guia para Uso Prático. Processo Consulta nº 1.401/02-Conselho Federal de Medicina (30/02), de 21 de junho de 2002.

Análise do Prontuário Médico será realizada pelo auditor médico, verificando se está completo e corretamente preenchido nos seus diversos campos tanto médico como de enfermagem, como por exemplo: história clínica, registro diário da prescrição e evolução médica e de enfermagem, checagem dos serviços, relatórios de anestesia e cirurgia, avaliando e analisando a conta hospitalar condiz com o evento realizado.

9. INTERNAÇÃO CLÍNICA

O porte da visita hospitalar equivale a 01 visita hospitalar por dia de internação inclusive a que corresponder ao dia da alta hospitalar. Nos casos COMPROVADAMENTE GRAVES, com necessidades de avaliações repetidas do médico assistente, poderá ser realizada mais de uma visita médica remunerada, desde que devidamente justificada. Fonte: Tabela CBHPM 5ª edição. Não será remunerada a visita realizada no ato da internação e remunerada a referente a alta hospitalar salvo quando outro médico realizou a internação.

A folha de evolução contém observações de estudantes, médicos e de outros profissionais assistentes. O exame do paciente deve ser documentado nas folhas de anamnese ou de evolução da doença. Pacientes internados devem ter reavaliações, no mínimo, diariamente com data e hora do atendimento registrado, assim como assinatura e carimbo do médico assistente, com o número de inscrição no em seu conselho regional de classe.

Em auditoria, não anotar pode significar que o médico não fez exames clínicos, portanto procedimento passível de glosa.

Fonte: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Prontuário Médico do Paciente – Guia para Uso Prático.

10. UTI

Incluídos no honorário do plantonista: intubação, monitorização clínicas com ou sem o auxílio de equipamentos, assistência ventilatória,, desfibrilação e punção venosa (intracath).

Excluídos do honorário do plantonista: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marca passo, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, conforme valores previstos na tabela.

Valores por plantão: valorados em 12hs.

Coordenação: honorários do intensivista não plantonista. Necessita da comprovação com registro diário da evolução assinada e carimbada pelo médico coordenador. Quando o médico coordenador ocupar a função de plantonista, pagamento somente o plantão.

Médico assistente ou de especialistas

Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como 01 visita hospitalar considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário (evolução com assinatura do respectivo médico).

Os atos do médico assistente quando o paciente estiver internado em UTI terão seus valores de Honorários remunerados de acordo com o tipo de acomodação do paciente, sendo que este critério não se aplica ao intensivista diarista e ao intensivista plantonista.

11. ANESTESIA

Na valoração dos portes anestésicos incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do cirurgião, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.

O ato anestésico se inicia com a avaliação 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.

Não inclui medidas / controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião. Ex. dissecação de veia central – não está incluso na anestesia e poderá ser feita pelo anestesista com porte específico para tal.

Se houver anestesia, deve ser preenchida a FICHA DE ANESTESIA.

O porte “0” significa não participação do anestesiológico. Quando não for previsto porte anestésico, será autorizado mediante justificativa do cirurgião. Em procedimentos eletivos deverá haver autorização prévia ou justificativa em prontuário conforme normatização da operadora de saúde.

Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico em atos médicos (não diagnósticos) que não tenham seus portes especificamente previstos na classificação, a remuneração será equivalente ao estabelecido para o porte 3. Portanto, AN3 que equivale ao porte 4 C

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.

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 anestesiolgista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, INEXISTINDO código específico, os atos praticados pelo anestesiolgista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

Nos procedimentos múltiplos em curso, o porte 0, não sendo determinante da cirurgia não será remunerado.

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 anestesiolgista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiolgista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiolgista principal.

Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiolgista, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesiolgista fará jus ao porte equivalente à consulta clínica.

A participação de profissional médico anestesiolgista nos procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa 211/2010 terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica. Fonte: artigo 6º do Capítulo II das Disposições Gerais Seção Única das Coberturas Assistenciais da Resolução Normativa 211 ANS.

12. INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA

Disponibilidade Obstétrica

Com relação à disponibilidade Obstétrica, ou seja, honorários médicos para acompanhamento presencial do trabalho do parto e parto (acompanhamento que o obstetra realiza junto à gestante, desde o início até o término do trabalho de parto), o Conselho Federal de Medicina - CFM - define no **PROCESSO-CONSULTA CFM nº 55/12 – PARECER CFM nº 39/12** que não existindo obrigação contratual entre o médico e a operadora de plano de saúde, o médico, do ponto de vista legal e ético, não tem o compromisso de realizar tal procedimento em gestante que acompanhou durante as consultas do pré-natal, porém, o honorário do parto não pode ser custeado parte pelo plano de saúde e parte pela paciente. O pagamento deve ter origem em apenas uma fonte. "Se isso ocorre, não há dupla cobrança ou pagamento extra, este acordo não é antiético". Se a Operadora do Plano de Saúde não remunerará o médico pelo parto, o acompanhamento presencial do trabalho de parto feito pelo obstetra deverá ser pago à parte pela gestante, uma vez que os procedimentos de parto e pré-natal são dois procedimentos distintos. O CFM não caracteriza como dupla cobrança o valor recebido pelo obstetra referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, haja vista que ele não receberá honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto, portanto acordo para acompanhar parto não caracteriza taxa extra, conforme CFM.

O obstetra, por ocasião da primeira consulta, deverá esclarecer à gestante que o acompanhamento presencial do trabalho de parto tem caráter opcional por parte dela, e que o contrato do plano de saúde lhe assegura a cobertura obstétrica, mas não lhe outorga o direito de realizar o parto com o obstetra que a assistiu durante o pré-natal. Se a gestante optar por seu acompanhamento presencial no trabalho de parto, ou seja, se a mulher tiver interesse em que este obstetra a acompanhe em todas as etapas da gestação (inclusive no parto), ambos poderão firmar acordo fixando valor para que a disponibilidade obstétrica aconteça fora do plano de saúde. O honorário profissional referente a tal procedimento será pago por ela, diretamente ao obstetra, visto que nesta circunstância ele não deve receber honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto. Tal acordo será registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que ela assinará quando convencida de que lhe foram prestados os indispensáveis esclarecimentos sobre o procedimento. O CFM disponibiliza um modelo do referido termo, em

anexo no parecer citado. O pagamento gerará recibo que poderá ser usado em pedido de ressarcimento junto às operadoras ou ao imposto de renda.

A gestante terá a garantia de realizar as consultas de pré-natal com um obstetra pela operadora do plano de saúde, e optar por ser atendida no trabalho de parto e parto pelo plantonista da maternidade credenciada, sem nenhum pagamento adicional. Neste caso, ela deverá ter em mãos a sua carteira de pré-natal devidamente preenchida e com os resultados dos exames complementares efetuados para que o plantonista tenha as informações necessárias.

Assistência ao Trabalho de Parto por hora (até o limite de 06 horas) cód. 31309038

A assistência ao trabalho de parto por hora (ate o limite de 6 horas), não será paga se o parto ocorrer na primeira hora apos o inicio da assistência. A remuneração da assistência ao parto é devida ao médico que fez o acompanhamento, seja ele plantonista ou não, desde que efetivamente realizado e documentado. O acompanhamento deve comprovado pelo registro em prontuário das avaliações feitas a cada hora (partograma), portanto o pagamento fica condicionado ao devido preenchimento com registro deste acompanhamento no prontuário para avaliação da auditoria local. Em caso de cesariana programada desde o início da assistência não procede a cobrança. Além da assistência, remunera-se concomitantemente o parto (via baixa ou cesariana).

O partograma é uma representação visual/gráfica de valores ou eventos relacionados com o trabalho de parto. As medidas podem incluir a duração e frequência das contrações uterinas, dilatação cervical, frequência cardíaca fetal, duração do trabalho de parto e sinais vitais. Seu registro se inicia na admissão da paciente e a evolução e habitualmente feita de hora em hora pelo obstetra que acompanha o trabalho de parto.

“O partograma, representação gráfica da evolução do trabalho de parto, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, constitui parte do prontuário da puerpéra” (Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Prontuário Médico do Paciente – Guia para Uso Pratico). A ANS através do anexo III da RN 262 recomenda sua utilização no prontuário obstétrico.

13 Assistência ao recém nascido

Assistência ao recém nascido pelo pediatra/neonatologista: assistência ao RN em Sala de Parto e acompanhamento até 03 dias (Parto Normal ou Cesariana). A partir da 4ª diária: 01 visita/dia.

Parto múltiplo: o atendimento pediátrico a cada recém-nato, para fins de fixação de honorários profissionais, deve ser considerado individualmente.

Nova guia: se o recém-nascido permanecer internado após o 3º dia será feito guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte correspondente a uma visita hospitalar por dia até a alta (tratamento clínico).

14. INTERNAÇÃO CIRURGICA

Quando um ato cirúrgico for integrante do outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pré e pós-operatórios (Tabela AMB) ou cuidados pós-operatórios (Tabela CBHPM) relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital até o período de 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado este prazo a

valoração do porte passa a ser regido conforme critérios estabelecidos para visitas hospitalares, ou seja, 01 visita hospitalar por dia de internação.

Os curativos de pós-operatórios, bem como a retirada de pontos, têm os Honorários Médicos incluídos no valor da cirurgia.

No relatório cirúrgico e anestésico deverão constar:

1. Dados pessoais do cliente
2. Diagnóstico e CID
3. Relatório de cirurgia e anestesia
4. Tempo de cirurgia
5. Boletim de recuperação pós-anestésica (permanência mínima de 30 minutos)

15 Vias de acesso nos atos Cirúrgicos:

Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou múltiplas estruturas articulares a partir da **mesma via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

Obedecem às normas acima as **cirurgias bilaterais**, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%). Exceto as que tiverem codificação específica para bilateralidade.

Quando **duas equipes distintas** realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte conforme o procedimento realizado e previsto na tabela acordada.

16 Auxiliares de cirurgia:

A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para os demais auxiliares previstos.

Somente serão remunerados os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço, e devidamente contemplados pela Tabela acordada. A constatação deverá ser realizada através da Descrição da Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala, devidamente comprovada a participação através da assinatura e carimbo de cada profissional participante do procedimento, bem como através do contato com o paciente ou familiares se necessário. Havendo ausência ou divergência, inclusive de caligrafia, os honorários não serão autorizados pelo auditor.

Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

17. ATENDIMENTO ORTOPÉDICO

Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo porte, que será valorado conforme tabela.

Para o tratamento clínico em regime de internação, o porte equivalerá a uma visita hospitalar.

Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 1 auxiliar.

18 Cirurgias videoartroscópicas

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:

Nas cirurgias videoartroscópicas 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.

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.

Exclui a captura e transposição de enxertos, devem ser cobrados em código específico.

19. OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:

Códigos 3.01.01.21-2, 3.01.01.22-0, 3.01.01.23-9, 3.01.01.28-0 e 3.01.01.38-7

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%).

Por definição é considerada lesão em área nobre/especial, queimadura nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso). Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemural, joelho, tornozelo (FONTE: Projeto Diretrizes AMB.). Para efeito de codificação cada uma destas áreas nobres/especiais, quando atingida em qualquer extensão - é considerada 02 (duas) UTs e somada como tal. Lesão em outra topografia do corpo humano é considerada 01 (uma) UT, quando não apresentar qualquer das características supracitadas. Para efeito de codificação, a lesão que acometa área nobre/especial associada a outro segmento corporal terá como valor final de UTs o somatório das respectivas UTs. O corpo humano pode apresentar número de UTs superior a 24.

Número de auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento

- 01 UT - não comporta auxílio;
- 02 a 03 UTs - um auxiliar;
- 04 ou mais UTs - dois auxiliares

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.

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.

20. CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA – (3.12.05.07-0)

A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na **Lei 9.263** de 12 de janeiro de 1996 e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade.

A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, devem estar devidamente registrado em prontuários.

O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

21. ESTERILIZAÇÃO FEMININA

Referente aos códigos 3.13.04.01-0 e 3.13.04.05-2. A esterilização feminina deve obedecer ao disposto na **Lei 9.263**, de 12 de janeiro de 1996.

22. PULSOTERAPIA – (2.01.04.38-3 e 2.02.04.15-9)

É necessária a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta, nem a visita hospitalar.

23. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

24. CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA

REF. Códigos 3.09.01.00-6 (Defeitos Cardíacos Congênitos), 3.09.02.00-2 (Valvulopatias), 3.09.03.00-9 (Coronariopatias) e 3.09.05.00-1 (Outros Procedimentos).

As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos: 3.09.05.03-6 (Instalação do Circuito de Circulação Extracorpórea Convencional), 3.09.13.09-8 (Dissecção de veia com colocação cateter venoso), 3.09.06.16-4 (Cateterismo da artéria radial - para PAM) e 3.09.05.04-4 (Instalação do Circuito de Circulação Extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg)).

Ref. Códigos 3.09.11.00-1 Hemodinâmica – Cardiologia Intervencionista (Procedimentos Diagnósticos) e 3.09.12.00-8 Hemodinâmica – Cardiologia Intervencionista (Procedimentos Terapêuticos): 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 da CBHPM 5ª edição (Valoração dos atos cirúrgicos - Vias de acesso cirúrgico).

Observando-se o previsto com relação a vias de acesso das Instruções Gerais da Tabela:

CÓDIGOS	PERCENTUAL
3.09.05.03-6 - Instalação do Circuito de Circulação Extracorpórea Convencional	50%
3.09.05.06-0 Perfusionista	100%
Pontes (por porte)	100%
3.09.13.09-8 - Dissecção de veia com colocação cateter venoso	70%

3.09.06.16-4 - Cateterismo da artéria radial - para PAM	70%
Acompanhamento clínico	100%
Anestesista Porte anestésico	

Referente aos códigos 3.09.03.05-0 – Enxerto com veia para revascularização miocárdica (porte 3C) e 3.09.03.06-8 – Enxerto com artéria para revascularização miocárdica (porte 5A): os mesmos foram excluídos do Rol por não constar na CBHPM e na TUSS. Quando houver necessidade de utilização de qualquer uma destas técnicas, utilizar para pagamento o código 3090637-7 (Preparo de veia autóloga para remendos vasculares) para enxerto de veia artéria, com porte 3C. Quando utilizado enxerto autógeno acrescentar o Porte 7C pelo ato cirúrgico de retirada do(s) enxerto(s). CBHPM 5ª edição. Quando utilizado enxerto com veia acrescentar o Porte 3C, com artéria 5A. CBHPM 4ª e 5ª edição.

Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3 - Drenagem do pericárdio, 3.09.12.08-3 - Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica, 2.02.01.03-6 - Assistência cardiológica peroperatória em cirurgia geral e em parto (primeira hora), 2.02.01.04-4 - Assistência cardiológica peroperatória em cirurgia geral e em parto (horas suplementares) - máximo de 4 horas, 2.02.01.05-2 - Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação), 3.09.07.14-4 - Varizes - tratamento cirúrgico de um membro, 3.09.04.08-0 - Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário, 3.08.04.11-6 - Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço), 3.08.04.13-2 - Toracostomia com drenagem pleural fechada e 2.01.04.04-9 - Cateterismo vesical em retenção urinária são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.

Lembrar que em atos de porte 7 ou uso de circulação extra corpórea, o anestesista poderá solicitar a participação de 01 auxiliar que será remunerado em 30% do valor do porte.

25. VIDEOLAPAROSCOPIA E VIDEOENDOSCOPIA

Os **procedimentos cirúrgicos** realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Videoendoscópica têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Estes portes estão sujeitos às condições das acomodações hospitalares das Instruções Gerais da Tabela CBHPM.

Aos **procedimentos diagnósticos** realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Videoendoscópica, não se aplica o disposto referente às condições das acomodações hospitalares das Instruções Gerais da CBHPM.

Procedimentos Endoscópicos Intervencionistas (cód 4.02.02.00-3):

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.
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 a norma referente às vias de acesso como consta nas Instruções Gerais da Tabela CBHPM, desde que não haja um código específico para o conjunto.
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.
4. Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto nas condições das acomodações hospitalares das Instruções Gerais da CBHPM; este adicional, contudo, não se aplica ao custo operacional. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto nas Instruções Gerais da CBHPM.
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 conforme estabelecido nas Instruções Gerais da CBHPM.

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.

Fonte: CBHPM 5ª edição.

26. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

a. IMC entre 35 e 39,9 Kg/ m², com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras)

b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades

Grupo II

a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

Técnicas cirúrgicas contempladas - cirurgia mista; cirurgia mista com maior componente restritivo; gastroplastia com derivação intestinal; desvio gástrico com y de Roux; gastroplastia com desvio intestinal com y de Roux, com ou sem anel de estreitamento ou contenção na saída do estômago reduzido; cirurgia de Fobi, Fobi-Capella ou Capella; Bypass gástrico; cirurgia mista com maior componente desabsortivo; cirurgia predominantemente desabsortiva; derivação bilio-pancreática, com gastrectomia distal ou com gastrectomia vertical, preservação pilórica e desvio duodenal; cirurgia de Scopinaro; duodenal-switch.

O procedimento BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL não está contemplado.

Fonte: DIPRO Anexo I RN 211/2010

Para os atos gastroplastia para obesidade mórbida o anestesiológista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiológista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológista principal. (Tabela CBHPM 5ª edição)

27. MÉTODOS DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM

Quando houver procedimento intervencionista o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago exceto quando houver código específico para este procedimento, inexistente na tabela acordada ou código já valorado conforme as regras vigentes.

Referente aos códigos 3.12.01.03-2 9 Biópsia prostática - até 8 fragmentos) e 3.12.01.04-0 9 Biópsia prostática - mais de 8 fragmentos): Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).

Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.

Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

Angiografias por cateter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7 e 4.08.12.06-5 e 4.08.12.07-3) incluem-se no máximo 3 vasos.

Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto nas Instruções Gerais da Tabela CBHPM no que se refere às vias de acesso.

Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.

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.

Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.

Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.

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.

Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do exame de base.

28. PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR LASER E RADIOFREQUÊNCIA

Os procedimentos realizados por laser e radiofrequência somente terão cobertura assegurada quando assim especificados na RN 262, anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo, de acordo com a segmentação contratada. Todas as escopias listadas no Anexo têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Fonte: artigo 11º do Capítulo II das Disposições Gerais Seção Única das Coberturas Assistenciais da Resolução Normativa 211 ANS.

29. MEDICINA NUCLEAR

O procedimento 4.07.01.14-0 (Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico) não inclui teste ergométrico convencional (4.01.01.04-5) nem o Teste Ergométrico Computadorizado (4.01.01.03-7), que devem ser remunerados à parte, desde que realizado por médico.

Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído porte 2.

Os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor.

30. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do procedimento correspondente.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

Arto-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste.

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 na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 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.

Para o código 4.10.01.16-8 Angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve) - arterial ou venosa, não há inclusão dos membros superiores e inferiores.

31. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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 na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos , 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.

Estudo dinâmico de RM: acrescentar 50% ao valor do CRR.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.

32. ULTRA-SONOGRAFIAS DIAGNOSTICA

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).

Referente aos códigos 4.09.02.03-0 Próstata transretal com biópsia - até 8 fragmentose e cód. 4.09.02.04-8 Próstata transretal com biópsia - mais de 8 fragmentos: Já incluem o código 4.09.01.33-5 Próstata transretal (inclui abdome inferior masculino).

Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som crescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

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 na Classificação Brasileira

Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 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.

33. SEGMENTO EM COLUNA

O conceito de “segmento” em coluna vertebral se refere a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas capsuloligamentares e musculares.

34. ELETROFISIOLOGIA

A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

35. ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

Ref. 4.06.01.01-3 Procedimento diagnóstico peroperatório sem deslocamento do patologista: 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 Brasileira Hierarquizada dos Procedimentos Médicos. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0 Procedimento diagnóstico em biópsia simples “imprint” e “cell block”.

Ref. 4.06.01.03-0 Procedimento diagnóstico peroperatório com deslocamento do patologista: 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 Procedimento diagnóstico peroperatório - peça adicional ou margem cirúrgica. Não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.

Ref. 4.06.01.07-2 Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais - sem deslocamento do patologista; 4.06.01.08-0 Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas sem deslocamento do patologista; 4.06.01.09-9 Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais com deslocamento do patologista e 4.06.01.10-2 Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas com deslocamento do patologista: 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 puncionada, 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 Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block" e 4.06.01.25-0 Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5.

Ref. 4.06.01.11-0 Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block": 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 cortes 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 referidas na requisição médica.

Ref. 4.06.01.15-3 Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (4.06.01.11-0 Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block", 4.06.01.20-0 Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples e 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa). Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.

Ref. 4.06.01.19-6 Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco: 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).

Ref. 4.06.01.20-0 Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples: Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. Incluem as exérese 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, hemorróida, 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.

Ref. 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa: 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.

Ref. 4.06.01.22-6 Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) - máximo de três margens: 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, epíplon, 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.

Ref. 4.06.01.25-0 Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5: 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).

36 . 3.05.02.28-4 ANTROSTOMIA MAXILAR, ETMOIDECTOMIA ETC A LASER (ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS A LASER)

Embora o descritivo contemple a técnica por laser, considerando que as coberturas da RN 262 não contemplam laser para este procedimento, a utilização do laser não tem cobertura.

37. Principais motivos de glosas

1. Falta de registro em prontuário.
2. Falta de informações da operadora sobre suas regras.
3. Contratos com os prestadores de serviços confusos, sem elaboração adequada.
4. Erros de faturamento.

- Consultas de um mesmo beneficiário, por um mesmo médico, pela mesma patologia, num período menor que o período acordado em contrato. Essa regra não se aplica para consultas em pronto-socorro
- Cobrança de valores em desacordo com o Rol de Procedimentos Médicos
- Realização de procedimentos que não foram previamente autorizados e que não estejam cobertos pelo plano padrão do cliente
- Procedimentos realizados em cumprimento de carência, cobertura parcial temporária (CPT) e restrições.
- Código de identificação do cliente incorreto
- Cobranças em discordância com os prazos previstos na contratualização
- Cobrança de procedimentos em discordância com a codificação e as Instruções Gerais do Rol de Procedimentos Médicos vigente na data do atendimento
- Procedimentos, medicamentos e materiais considerados experimentais.
- Alteração ou rasura no documento apresentado pela rede credenciada, referente à quantidade e/ou aos valores de diárias, taxas, materiais e medicamentos que sejam superiores aos apresentados e cobrados em conta.

Exemplos de motivos de glosas no mercado – Cuidado!

- Solicitação em excesso de pareceres e acompanhamento médicos por várias especialidades
- Cobrança de auxiliares que não participaram da cirurgia
- Permanência sem justificativa
- Internações propedêuticas desnecessárias
- Internação de véspera desnecessárias em cirurgias eletivas

Revisão ou Recurso de Glosas

- A revisão de glosa é a maneira de recuperar descontos indevidos e corrigir ou detectar erros de faturamento (FERREIRA, 2009).
- Ferramenta de avaliação da qualidade da auditoria retrospectiva.
- Definição de critérios para reapresentação - Evita reapresentação sistemática de tudo que é glosado.
- Cronograma estabelecido.

- Auditoria da operadora envolvida com a equipe de auditores internos do prestador.
- Glosa e Solicitações de recursos de glosa devem vir sempre com Justificativa. Máxima atenção aos prazos contratuais para revisão dos processos e para reapresentação da fatura (em média de 30 dias após o pagamento)
- Repassar para o auditado os itens cobrados indevidamente e/ou com maior incidência de erros.

38 Dicas para seus pacientes

Os médicos são constantemente procurados pelos pacientes em busca de informações sobre planos de saúde. Veja a seguir dicas que podem ser repassadas para que o usuário não tenha atendimento negado pelos planos e seguros de saúde.

Se você tem um contrato “novo” (assim chamado os contratos assinados a partir de 1999), e tiver um atendimento negado, verifique se ele consta no rol de procedimentos da ANS. Esse rol define uma lista de consultas, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer. Se o seu contrato é “antigo”, você pode se valer do Código de Defesa do Consumidor para discutir a exclusão de cobertura.

O preço da mensalidade e as coberturas ofertadas têm a ver com o tipo de plano contratado, abrangência (municipal, estadual ou nacional) e tamanho, extensão e qualidade da rede credenciada.

Você tem direito a informações claras e adequadas, com especificação correta sobre a qualidade do plano de saúde, o que inclui redação com destaque, nos contratos, das cláusulas que possam limitar direitos.

Leia atentamente a descrição da rede oferecida (médicos, laboratórios e hospitais), que deve fazer parte do contrato. Quanto mais restrita a rede, mais dificuldades você poderá ter para o atendimento.

Verifique se a empresa está registrada na ANS. Caso esteja sob direção fiscal ou técnica, isso significa que ela tem problemas (www.ans.gov.br e 0800 701 9656).

Leia atentamente o contrato antes de assinar e exija uma cópia. As informações e “promessas” do corretor devem ser cumpridas pela operadora, pois ele representa a empresa. Peça que o corretor informe por escrito os benefícios prometidos.

O contrato pode impor carências (24 horas para urgências e emergências, dois anos, no caso de doenças preexistentes; 300 dias em caso de parto; 180 dias para os demais casos).

Se o seu plano é antigo (anterior a 1999) e tem cláusulas restritivas, veja se a empresa oferece a migração e se isso compensa financeiramente.

Muitos planos anunciam a “compra” ou redução de prazos de carências para você mudar de plano. Exija esse compromisso por escrito.

Se decidir entrar na justiça, você tem que ajuizar uma ação por meio de advogado. É comum o juiz de primeira instância, na qual o processo é iniciado, conceder a liminar ou a tutela antecipada. O plano de saúde é, então, obrigado a atender a imposição judicial; aí, ele recorre da decisão nas instâncias superiores. Na maioria das vezes, a Justiça tem dado ganho de causa ao paciente, mas há também decisões favoráveis aos planos de saúde. Muitas ações contra planos de saúde passaram a ser movidas junto aos Juizados Especiais Cíveis (JECs), mais ágeis na tentativa de conciliar as partes litigantes – quando o valor envolvido vai até 40 salários mínimos. Nos JECs, se a causa for até 20 salários mínimos, não é necessária a presença de advogado.


Se o seu plano é da empresa onde você trabalha, informe ao setor de recursos humanos ou a seu chefe sempre que tiver um atendimento negado. Se o seu plano é individual ou familiar, tente primeiro uma solução com a operadora. Se não resolver, denuncie à ANS e ao Procon.

Atente ao que o plano oferece e exige para pessoas que já têm alguma doença, idosos, mulheres em idade fértil e outras necessidades de saúde especiais.

Desconfie de mensalidades muito baixas de planos de saúde.

Cuidado com os “cartões de desconto”, que oferecem consultas e exames mais baratos, mas não são planos de saúde e não dão nenhuma garantia de atendimento.

Cuidado com os “falsos” planos coletivos. São planos para duas, três ou mais pessoas em que você tem de apresentar o CNPJ de uma empresa para assinar o contrato. Os reajustes não são controlados pela ANS e as operadoras entendem que podem cancelar o contrato a qualquer momento.

Fonte: OS MÉDICOS E OS PLANOS DE SAÚDE  CREMESP
Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras