

MANUAL DE ORIENTAÇÕES BÁSICAS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - IPAM

1ª edição

PORTO VELHO/RO 2022

ASSISTÊNCIA MÉDICA IPAM
Gestão Municipal de 2021-2024



PRESIDENTE DO INSTITUTO

Ivan Furtado de Oliveira

COORDENADOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Rodrigo Morel de Moura

GERENTE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Júlio César Giunco

COLABORADORA E AUDITORA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Karen Guillen Rodrigues

Monalisa de Freitas Oliveira Domingos

ESTAGIÁRIO DE NÍVEL SUPERIOR

Shaunni Dielha Santos Leite

EXECUÇÃO:

Este manual técnico foi elaborado pela repartição de Assistência Médica do Instituto Municipal da Previdência e Assistência Médica (IPAM).

Sumário

1. IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL.....	8
2. APRESENTAÇÃO.....	9
2.1 Missão.....	10
2.2 Visão.....	10
2.3 Valores.....	10
2.4 Objetivos.....	11
3 TERMOS E DEFINIÇÕES.....	12
3.1 Conceitos Referentes à Autorização.....	12
4. RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE.....	14
4.1 Organograma hierárquico de serviços da assistência médica do ipam.....	14
4.2 Fluxograma básico de solicitações em caráter eletivo e de urgência.....	15
5. DIRETRIZES GERAIS.....	16
5.1 Regras de funcionamento.....	16
5.2 Regras de atendimento.....	16
5.3 Documentos legais.....	16
6. PORTAL DE REGULAÇÃO DE GUIAS.....	17
6.1 Mecanismo de regulação.....	17
6.1.1 Auditoria em saúde.....	17
6.1.2 Auditoria Prospectiva ou Prévia.....	18
6.1.3 Auditoria Concorrente.....	18
6.1.4 Auditoria Retrospectiva.....	18
7. CUSTOS ASSISTENCIAIS.....	19
8. REDE CREDENCIADA.....	19
9. SERVIÇOS PRESTADOS.....	20
9.1 Tipos de Atendimento.....	20
9.1.1. Atendimento ao Recém-nascido (RN).....	20
9.1.2 Consultas Médicas Eletivas.....	20
9.1.3 Consulta Médica em Pronto Atendimento.....	21
9.1.4 Consultas para Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo Fisioterapia e Terapia Ocupacional.....	22
9.1.5 Procedimentos Ambulatoriais.....	23

9.1.6 Atendimento Ambulatorial em Puericultura.....	23
9.2 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.....	23
9.3 Exames Laboratoriais.....	23
9.4 Exames Diagnósticos de Imagem.....	24
10. ATENDIMENTOS NAS ESPECIALIDADES.....	24
10.1 Especialidade Acupuntura.....	25
10.1.1 Critérios para a autorização.....	26
10.1.2 Procedimentos associados à acupuntura e incluídos na sessão	26
11. ESPECIALIDADE DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA.....	27
11.1 Teste De Contato.....	27
12 ESPECIALIDADE DE ANGIOLOGIA.....	27
12.1 Procedimentos cirúrgicos.....	28
13 ESPECIALIDADE DE ANESTESIOLOGIA.....	28
14. ESPECIALIDADE DE BUCOMAXILOFACIAL.....	28
14.1 Procedimentos cirúrgicos.....	28
15. ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA.....	29
15.1 Critérios para Autorização.....	29
15.2 Avaliação do cardiologista.....	30
15.3 Exames Diagnósticos.....	30
15.3.1 Cintilografia do Miocárdio - Será autorizado 1 (um)	
exame/paciente/ano.....	30
15.3.2 Angiotomografia Coronariana.....	31
15.4 Procedimentos Cirúrgicos com OPME.....	31
15.5 Cardiologia Intervencionista ou Hemodinâmica.....	31
15.5.1 Critérios para Autorização.....	31
15.5.2 Exames Diagnósticos de imagem.....	32
16 ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIAS DO	
APARELHO DIGESTIVO.....	32
16.1 Gastroplastia para obesidade mórbida.....	33
17. ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA E FERIDAS.....	33
17.1 Solicitações de procedimento.....	34
17.1.1 Critérios para autorização.....	34

17.2 Curativos.....	35
17.3 Câmara Hiperbárica – Por Sessão.....	35
17.3.1 Critérios para autorização.....	36
18. ESPECIALIDADE FISIOTERAPIA.....	37
18.1 Fisioterapia Motora.....	37
18.1.1 Hidroterapia.....	38
18.2 Fisioterapia Respiratória.....	38
18.3 Fisioterapia Pélvica.....	38
19 ESPECIALIDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	38
19.1 Exame Citopatológico.....	38
19.2 Colposcopia.....	39
19.3 Histeroscopia.....	39
20 ESPECIALIDADE DE OBSTETRÍCIA.....	39
20.1 Exames diagnósticos de imagem.....	39
21 ESPECIALIDADE DE HEMATOLOGIA.....	40
21.1 Serão autorizados e bonificados conforme pacote.....	40
22 ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA.....	41
23 ESPECIALIDADE DE NEONATOLOGIA.....	41
24 ESPECIALIDADE DE NEUROLOGIA CLÍNICA E NEUROCIRURGIA....	42
25 PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICOS.....	43
25.1 Autorizações de procedimentos no formato de pacote.....	44
26 ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA.....	45
27 OFTALMOLOGIA.....	45
27.1 Exames Diagnósticos.....	45
27.2 Procedimentos Cirúrgicos.....	46
28. ESPECIALIDADE DE ONCOLOGIA.....	47
28.1 Normas de auditoria para uso de quimioterapia e radioterapia.....	48
28.1.1. As prescrições deverão conter.....	49
28.1.2. Critérios utilizados para análise de conta.....	49
29.ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA.....	50
29.1Procedimentos cirúrgicos eletivos.....	51

30. ESPECIALIDADE DE UROLOGIA.....	51
31. PACOTES DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS.....	52
32. INTERNAÇÕES.....	52
32.1 Diária hospitalar.....	52
32.1.1 Descrição das acomodações.....	53
32.1.2 Composição de diárias/taxas hospitalares.....	54
32.1.3 Tipos de Diárias.....	54
32.1.4 Itens inclusos nas diárias.....	54
32.1.5 Equipamentos.....	55
32.2 Diárias de UTI.....	57
32.2.1 Itens Inclusos nas Diárias.....	57
32.2.2 Itens Inclusos nas Diárias.....	57
32.2.3 Equipamentos.....	59
32.2.4 Cuidados de enfermagem.....	60
32.3 Taxas.....	61
32.3.1 Itens inclusos nas taxas.....	61
32.3.2 Cuidados de enfermagem.....	63
33 VISITA HOSPITALAR.....	64
34 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM A UTILIZAÇÃO DE	
PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME).....	65
34.1 Legislações inerentes à área de produtos de Saúde.....	66
34.2 Rastreabilidade.....	68
34.2.1 Resoluções Preconizadas.....	68
35 PACOTES DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS IPAM.....	69
36. TRANSPORTE / REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA.....	69
36.1 Tipos de Transporte.....	69
37. CONSIDERAÇÕES FINAIS DE AUDITORIA.....	69
37.1 Recomendações gerais.....	74
38. CREDENCIAMENTO.....	75
39. DESCONTOS MENSAIS.....	75
40. ELEMENTO MODERADOR.....	76
41 GLOSAS.....	76

41.1 Para evitar as glosas necessárias alguns cuidados poderão ser	
Tomados.....	77
41.2 Recurso de Glosa.....	77
41.3 Prazo para apresentação do recurso de glosa.....	77
41.4 Apresentação do Recurso de Glosa.....	77
41.5 Itens não passíveis de recurso.....	78
41.6 Prazo de resposta do recurso.....	78
ANEXOS.....	78
REFERÊNCIAS.....	93

1. IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

**IPAM – INSTITUTO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO – RO**



CNPJ: 34.481.804/0001-71

**Endereço: Avenida Carlos Gomes, nº1645
Bairro São Cristóvão. CEP: 76.820-810**

Página eletrônica: www.ipam.ro.gov.br

Portal da Transparência: <http://transparencia.ipam.ro.gov.br/>

**Telefone: (69)3211-8151
(69)3211-8168
(69)3211-3141**

2. APRESENTAÇÃO

O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho – IPAM instituído como órgão gestor único do Regime Próprio de Previdência Social de Porto Velho, sob a denominação de Autarquia, foi criado pela Lei Complementar nº 001, de 23 de julho de 1990. Com personalidade jurídica de direito público, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Tem como atribuição principal captar e capitalizar os recursos necessários à garantia de pagamento dos benefícios previdenciários atuais e futuros dos segurados e dependentes, por meio de uma gestão participativa, transparente, eficiente e eficaz, dotada de credibilidade e excelência no atendimento, incumbem também, o gerenciamento e a operacionalização do RPPS, incluindo a arrecadação e a gestão de recursos financeiros e previdenciários, a concessão, o pagamento e a manutenção dos benefícios previdenciários e ainda prestar assistência médica, hospitalar, odontológica e social a seus beneficiários, em fundo assistencial específico, nos termos da legislação.

Atualmente o Instituto demonstra uma evolução administrativa, patrimonial, operacional e financeira, que se consolida com a auto sustentação proporcionada pelos servidores e entes municipais através dos repasses mensais oriundos de contribuições previdenciárias parte servidor e parte patronal, e em conjunto com estes tópicos contributivos perfaz-se no momento uma participação ativa e inovadora da atual administração do Instituto.

Hoje, o IPAM atende mais de 27 mil segurados e dependentes, mantendo convênios com hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, além de um moderno sistema de atendimento odontológico gratuito.

2.1 MISSÃO

Conceder e gerir com qualidade e responsabilidade aos segurados e seus dependentes, Benefícios Previdenciários e Serviços de Assistência à Saúde, fornecendo informações e soluções adequadas trabalhando com transparência, zelando pelo princípio da administração pública no que diz respeito à legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência no Regime Próprio de Previdência Social do Município de Porto Velho.

2.2 VISÃO

Ser um Instituto modelo na gestão de Regimes Próprios de Previdência Social no Estado de Rondônia. Nossa meta é ser um referencial no equilíbrio financeiro e atuarial previdenciário, ser um marco em gestão transparente, humana e participativa, com tecnologia atualizada para dar melhores condições e informações aos nossos segurados, dependentes e servidores do IPAM. Além de oferecer condições que proporcionem a valorização dos mesmos e seus beneficiários.

2.3 VALORES

Respeito ao cidadão e compromisso com os segurados e seus dependentes, Elevado sentido ético de serviço público, honestidade, integridade e justiça; Manter espírito de colaboração mútua em equipe, transparência e eficiência nos atos administrativos, Capacidade institucional de gestão e inovação, Qualidade, excelência, competência e ética profissional, Desempenhar as atividades orientadas pelos resultados.

2.4 OBJETIVOS

Este manual foi elaborado com a finalidade de abordar os conceitos básicos fundamentais da Assistência Médica do IPAM previstos nas normativas do Instituto e legislações vigentes.

Destina-se como instrumento orientador aos auditores em saúde para ações reguladoras diante das autorizações e suporte para o cumprimento de forma efetiva dos processos operacionais, na aplicação de recursos, qualidade da gestão e gerência.

O manual de Auditoria em saúde busca a constante atualização. Complementado com as avaliações de tecnologias em saúde (ATS), evidências baseadas em dados, legislações vigentes, Sociedade Brasileira das Especialidades Médicas e Integração de resultados das evidências sob a forma de recomendação.

Eventuais falhas poderão ser evitadas ou reduzidas, determinando a consciência profissional nos processos operacionais de qualidade e comprometimento das políticas e diretrizes estabelecidas.

3 TERMOS E DEFINIÇÕES

3.1 Conceitos Referentes à Autorização

Auditoria - É a análise baseada em evidências, tendo como referência os manuais, legislações e normas de auditoria com ênfase nas boas práticas de saúde, contratos estabelecidos entre as partes (Prestador de serviço, assistência médica, beneficiário e médico).

Beneficiário - Pessoa física que detém o direito de utilizar os serviços de saúde oferecidos pelo IPAM, seja em sua rede própria de atendimento ou na rede credenciada. Também são identificados como: associados, segurados, dependentes ou pacientes.

Cancelamento - É uma transação que invalida uma prévia autorização do sistema.

Carência - É o tempo que transcorre entre a inclusão do beneficiário na Assistência à Saúde prestada pelo Instituto e a possibilidade de usufruir determinado serviço coberto por esta Assistência.

COAM – Coordenação da Assistência médica.

Gerência Médica (GEMED) - Unidade do IPAM responsável pelas avaliações de solicitações de pré-autorização de procedimentos classificados na Tabela de Honorários e Serviços do IPAM como “controlado” e internações. Horário de funcionamento: segunda a sexta de 7:30h às 17:30h.

Guia de Internação – Gerada através de uma numeração quando lançada no sistema FACREGULACÃO disponibilizado no site do IPAM para os credenciados.

Especialidade - Determina a área específica de atuação do prestador, do profissional solicitante e do profissional executante.

Matrícula - Número que identifica a pessoa física ou jurídica cadastrada no IPAM. Pode se referir ao beneficiário ou ao prestador de serviços.

Negativa - Resposta do sistema para cada um dos procedimentos que não atenderam aos requisitos de validação das regras de negócio do IPAM, dentro de uma transação. A negativa nem sempre é impedimento para o atendimento ao beneficiário, podendo indicar que o prestador deve submeter, previamente, o atendimento à avaliação da Central de Regulação.

Número de Autorização - Número gerado pelo sistema que indica a validação das regras de negócio do IPAM e a aprovação do procedimento.

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

Prestador - Pessoa física ou jurídica, contratada pelo IPAM para a prestação de serviços de saúde aos seus beneficiários.

Profissional Executante - Profissional de saúde que atende o paciente, realizando o exame, a consulta, o procedimento, a internação ou tratamento.

Profissional Solicitante - Profissional de saúde que solicita ao paciente o exame, o procedimento, a internação ou tratamento.

Procedimento - Item codificado da tabela de honorários e serviços para área de saúde do IPAM que define o atendimento a ser prestado ao beneficiário.

Regras de Negócio - Regras específicas da área de saúde do IPAM que definem as diretrizes da assistência. Algumas dessas regras são parametrizadas no sistema e são requisitos para a conclusão da transação.

Senha - Número gerado pelo sistema que, quando digitado, traz todos os dados do procedimento autorizado pela Central de Regulação do IPAM. Essa senha deve ser executada no sistema em uma transação de execução de pré-autorizada.

SISPREV - Sistema eletrônico de controle de processos internos e externos requisitados através do setor de protocolo para análise e providências cabíveis ao caso solicitado.

Solicitação - Recurso do sistema que permite ao prestador enviar ao IPAM pedido de autorização para atendimento aos beneficiários nos casos definidos pelo Instituto.

Software autorizador (Facregulacao) - Sistema utilizado pelo IPAM para gestão do processo de autorização dos pedidos de liberações locais.

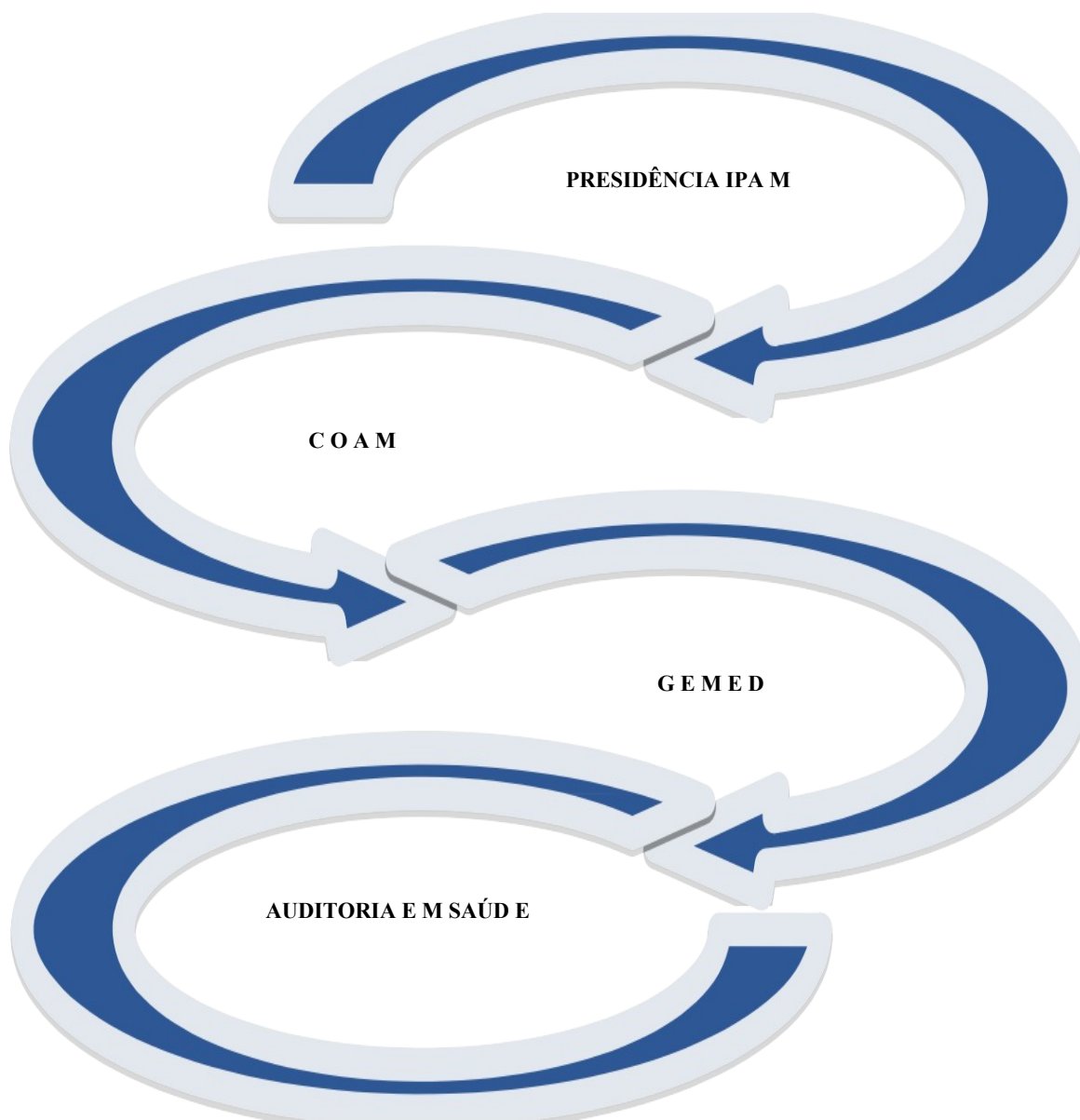
Tabela de Honorários e Serviços para Área de Saúde (THS) - Relação de procedimentos cobertos pela assistência à saúde do IPAM contendo código, descrição, valores e outras regras relativas a cada item.

Tratamento - Todo e qualquer procedimento realizado em sessões, como, por exemplo, fisioterapia e fonoaudiologia.

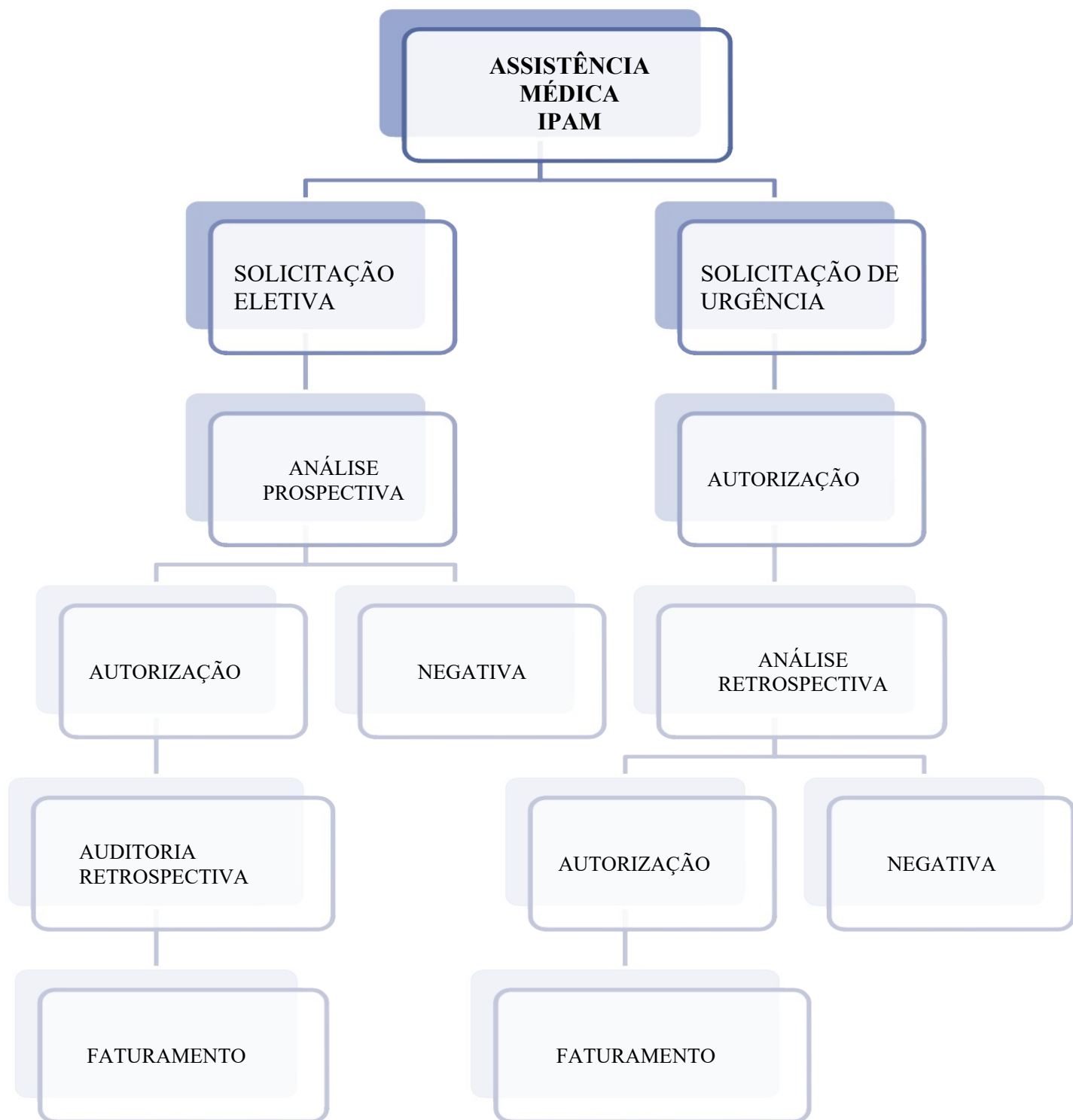
Sem cobertura - Solicitações médicas e/ou laboratoriais que não possuem a obrigatoriedade de autorização por não estarem previstos na tabela AMB 92 ou tabela própria utilizada por este Instituto.

4. RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE

4.1 Organograma Hierárquico de Serviços da Assistência Médica do IPAM.



4.2 Fluxograma Básico de Solicitações em Caráter Eletivo e de Urgência.



5. DIRETRIZES GERAIS

Estão obrigadas a cumprir as regras definidas neste manual as redes credenciadas associadas ao Instituto da Previdência e Assistência Médica do Município de Porto Velho, Rondônia.

É proibido o contrato administrativo de serviços médicos e/ou empresas de atendimento em saúde fora do período de abertura do credenciamento como prevê a Legislação Nº 8.666/92.

5.1 Regras de funcionamento

A Assistência Médica através de sistema informatizado disponibiliza os serviços disponíveis no Instituto incluindo médicos e entidades conveniadas, permite acesso ao sistema online – Guias, extrato do elemento moderador e orientações aos beneficiários através do portal abaixo:

<http://www.ipam.ro.gov.br/>

Acesso aos serviços Médicos e Entidades conveniadas disponíveis em:

<http://facgeo.ipam.ro.gov.br/>

5.2 Regras de atendimento

O atendimento de urgência/emergência é assegurado em todas as redes credenciadas dentro do Município de Porto Velho, desde que o seu cartão de identificação esteja dentro da validade.

O atendimento em caráter eletivo fica sob a análise prospectiva da auditoria para a autorização. Sendo, portanto, vedada a execução do procedimento solicitado antes da liberação.

5.3 Documentos legais

O IPAM é uma entidade administrativa pública que promove a assistência médica dos servidores do Município de Porto Velho, Rondônia. No entanto, por se tratar de uma autarquia, gozam de autonomia administrativa e financeira. Segue abaixo as Legislações e normativas preconizadas por este Instituto:

- **LEI COMPLEMENTAR Nº 841, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2021** - Dispõe sobre o serviço de Assistência à Saúde, prestado pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto velho, e dá outras providências;

- **DECRETO Nº 17.216, DE 24 DE MARÇO DE 2021** - Dispõe sobre a regulamentação da coparticipação (Elemento Moderador) do filiado ao IPAM SAÚDE para cobertura das despesas de assistência à saúde própria e de seus dependentes e dá outras providências;
- **PORTARIA Nº 217/2021** - Dispõe sobre a regulamentação e auditoria dos procedimentos de assistência à saúde a serem oferecidos pelo Instituto de Previdência e Assistência à Saúde do Município de Porto Velho – IPAM instituído pela Lei Complementar nº 841, de 25 de fevereiro de 2021, e dá outras providências.

6. PORTAL DE REGULAÇÃO DE GUIAS

É o sistema eletrônico informatizado pelo Instituto para a autorização dos serviços requisitados. É uma ferramenta de gestão gerada através de Nº eletrônico, com o objetivo de promover a eficiência administrativa. As guias geradas são previamente analisadas pela auditoria em Saúde em conformidade com as exigências estabelecidas.

<http://facregulacao.ipam.ro.gov.br/account/login?returnUrl=>

6.1 Mecanismo de regulação

6.1.1 Auditoria em saúde

- Verificar e promover a preservação dos padrões e regras implantadas pelo Instituto;
- Verificar as não conformidades e adequar para os requisitos estabelecidos conforme as normas e prazos estabelecidos;
- Produzir informações que subsidiem e contribuam para o aperfeiçoamento dos serviços;
- Observar e assegurar o cumprimento da legislação e/ou normativas estabelecidas pelo IPAM;
- Reduzir os custos assistenciais, sem reduzir a qualidade do atendimento ofertado;
- Verificar a adequação, legitimidade, legalidade, eficácia, eficiência e resolutividade dos prestadores de serviços em saúde;
- Assegurar a assistência prestada de forma qualitativa seja de forma diagnóstica, terapêutica ou de reabilitação;
- Controlar a ocorrência de utilização;

- Avaliar o grau de serviços prestados;
- Analisar e verificar os estudos em base de dados, Práticas e Medicina Baseada em Evidências (MBE), Avaliação crítica, Revisões Sistemáticas; Avaliação de tecnologias em Saúde (ATS), Diretrizes Clínicas, Níveis de Evidência e Força de recomendação.

A auditoria em saúde é uma ferramenta da gestão regulamentada pela legislação, normas administrativas e técnicas que orientam as boas práticas em saúde.

O objetivo da auditoria em saúde é equilibrar os padrões e resultados da assistência prestada, evitar o uso inadequado dos serviços, verificar as inconsistências e assegurar a qualidade dos serviços oferecidos pelas redes credenciadas.

6.1.2 Auditoria Prospectiva ou Prévia

É a análise da auditoria realizada de forma prévia dentro das conformidades determinadas. Trata-se da avaliação da solicitação médica e/ou multiprofissional antes da sua realização. Os atendimentos em caráter eletivo exigem autorização e podem ser consultados pelo prestador de serviços através do nº de guia eletrônica. Esses procedimentos não podem ser realizados sem a autorização emitida pelo Instituto.

Atenção: As autorizações serão passíveis de revisão da auditoria a qualquer momento. Quando as mesmas apresentarem alguma divergência, serão acometidas de glosas.

6.1.3 Auditoria Concorrente

É a análise pericial ao evento onde o paciente está sendo submetido. Esta análise ocorre de forma presencial por meio da observação dos fatos sendo possível acompanhar a execução dos serviços prestados e garantir a qualidade da assistência. O auditor em saúde possui contato direto com os profissionais da assistência e acesso ao prontuário do paciente para análise da solicitação e eventual autorização.

6.1.4 Auditoria Retrospectiva

É a verificação do serviço prestado em conformidade da cobrança apresentada. A auditoria retrospectiva ocorre depois da realização do atendimento por meio da análise da conta médica e hospitalar. A auditoria em saúde disponibiliza para as redes credenciadas, as melhores práticas para a conferência e análise de contas para avaliar os resultados e corrigir as falhas.

7. CUSTOS ASSISTENCIAIS

Os custos assistenciais são todas as despesas inerentes ao serviço em saúde. Estão inclusos nos serviços:

- Honorários médicos (consultas, cirurgias e etc);
- Diárias e taxas hospitalares;
- Serviços diagnósticos (Exames laboratoriais, de imagem e etc);
- Materiais de consumo hospitalar;
- Medicamentos;
- Materiais de alto custo OPMES/DMIS;

Através de uma boa gestão em saúde é possível prever os custos assistenciais nas redes de serviços credenciadas, minimizar o desperdício de materiais e a utilização de produtos que não são imprescindíveis para o procedimento.

8. REDE CREDENCIADA

É o agrupamento de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, consultórios, clínicas, hospitais e laboratórios, próprios ou contratados pelo Instituto, para atendimento aos beneficiários, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

É responsabilidade direta a execução dos serviços conforme contrato das redes prestadoras: Hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e profissionais da saúde após a aptidão do credenciamento da rede. As redes poderão ser credenciadas através de edital de abertura de chamamento público conforme Dispõe na Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993, que “Regulamenta o art.37, Inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências”.

9. SERVIÇOS PRESTADOS

É a referência básica para a autorização de serviços. Trata-se da cobertura minimamente obrigatória, previstos na tabela de procedimentos médicos da AMB 92 e ou tabela IPAM SAÚDE.

Conforme **PORTARIA Nº 217/2021, Art. 6º**. “Os procedimentos médico-hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais a serem prestados pelo IPAM SAÚDE serão exclusivamente os distribuídos na Tabela da Associação Médica Brasileira do ano de 1992 – AMB 92 e/ou em tabela própria produzida pelo Instituto ”.

9.1 Tipos de Atendimento

9.1.1. Atendimento ao Recém-nascido (RN)

A assistência ao RN deve ser realizada pelo Pediatra na sala de parto ou Cesária e nas visitas ao berçário até os 03 (três) dias de vida. Caso o RN necessite permanecer internado após o terceiro dia, será feita a guia de internação com o diagnóstico da patologia e será autorizada 01 (uma) visita por dia até a alta hospitalar.

O recém-nato, após o parto encaminhado para a UTI, será considerado a autorização e bonificação para o atendimento em sala de parto ou cesárea e não o honorário de pediatra para atendimento em berçário.

A partir da data do nascimento, o usuário tem um prazo de 30 (trinta) dias para a inclusão do recém-nascido como seu dependente no plano de saúde. Caso o RN necessite de um atendimento nesse período e não esteja mencionado no Cartão de Identificação, o Credenciado deverá efetuar o atendimento, observando as seguintes orientações:

A mãe ou o pai deverá se identificar como usuário apresentando seu cartão de Identificação, vigente, seu documento de identidade e a Certidão de Nascimento do RN.

Observação: Em caso de parto múltiplo, a assistência pediátrica deverá ser considerada de forma individualizada para cada recém-nato.

9.1.2 Consultas Médicas Eletivas

As consultas eletivas serão obrigatoriamente “autorizadas” ou “negadas” em sistema eletrônico podendo ser visualizada a resposta pelo prestador de serviço. Será autorizada a

quantidade de 01 (uma) consulta a cada vinte dias, por especialidade. Um segundo atendimento dentro desse período é considerado retorno e, portanto, não é autorizado e/ou remunerado. Situações de exceção a essa regra podem ser encaminhadas para análise da Central de Regulação pelo prestador, através do sistema eletrônico (FACREGULACAO).

As consultas serão liberadas sendo 3 (três) número máximo por especialidade no período de 30 (trinta) dias. As guias em pendência sugerem alguma divergência encontrada como: Guia gerada em duplicidade, guia gerada da mesma especialidade médica e/ou serviço dentro do prazo de retorno 20 (vinte) dias.

Os atendimentos que exigem autorização prévia podem ser consultados pelo prestador de serviço através do nº de guia eletrônica. Esse procedimento não pode ser realizado sem a autorização emitida pelo IPAM.

Atenção: Os agendamentos nas redes credenciadas não são controlados ou regulados pelo IPAM. Desta forma, após a autorização, cabe ao beneficiário a responsabilidade de agendar a consulta na clínica ou hospital.

O Credenciado deverá preencher um formulário específico de Consultas Médicas, que deverá ter a assinatura do Usuário ou responsável, confirmando o seu atendimento e CBO's (Classificação Brasileira de Ocupações) do profissional. As Requisições de Exames Complementares ou de Procedimento de Terapia deverão ser efetuadas em receituário próprio ou na Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnósticos e Terapias - SP/SADT, constando nome, CRM do profissional, assinatura e carimbo, que deverão ser apresentados às entidades e/ou aos profissionais que executarão os respectivos procedimentos.

9.1.3 Consulta Médica em Pronto Atendimento

A consulta em pronto atendimento será autorizada na quantidade de 01 (uma) por especialidade envolvida no atendimento. Outras consultas da mesma especialidade, realizadas em até 24 horas não são remuneradas. A cobrança da consulta médica não é devida:

- Nos casos considerados retorno - apresentação de resultado de exames, retirada de pontos, controle pós-cirúrgico, solicitação de exames pré-operatórios, controles regulares de PA, glicemia ou anticoagulação;
- Quando identificada a necessidade de realização de procedimento cirúrgico ainda na triagem

da enfermagem;

- Mudança de plantão médico.

Atendimentos de consultas eletivas realizadas na unidade de pronto atendimento não são remunerados.

O Credenciado deverá preencher o formulário de Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnósticos e Terapias - SP/SADT e CBO's do profissional, que deverão ter a assinatura do Usuário ou responsável, confirmando o seu atendimento.

Atenção: Os atendimentos de urgência ou emergência deverão ser realizados pelo prestador de serviço no ato da solicitação e submetidos à autorização retrospectiva em horário de expediente do Instituto. São aplicáveis para as situações ocorridas aos sábados, domingos e feriados em qualquer horário.

9.1.4 Consultas para Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Será autorizada 01 (uma) consulta a cada 30 dias, mediante ao encaminhamento médico e 4 (quatro) sessões a cada 30 dias conforme prazo estabelecido pelo médico especialista no encaminhamento médico. Vale ressaltar que o laudo médico possui validade de 6 (seis) meses. Diante o exposto, os laudos vencidos não serão autorizados pela auditoria em Saúde.

Conforme o **PORTARIA N° 217/2021, Art. 11**. Os demais serviços especializados na área da saúde reconhecidos pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, serão oferecidos pelo IPAM SAÚDE, podendo ter a participação financeira do usuário definida em decreto do Executivo Municipal e compreenderão:

- I – Sessões fisioterápicas solicitadas por médico reumatologista, ortopedista e pneumologista na quantidade suficiente a recuperação do trauma sofrido;
- II – Sessões de acupuntura, prescritas por profissional credenciado, no máximo de 20 sessões/ano para cada paciente;
- III – Sessões de psicologia, de no máximo 04 sessões/mês, podendo chegar a duas semanais com a devida justificativa do psiquiatra ou psicólogo prestador do serviço e autorizada pela auditoria médica do IPAM SAÚDE;
- IV – Sessões de fonoaudiologia, de no máximo 04 sessões/mês, podendo ser acrescentada mais sessões, com a devida justificativa do fonoaudiólogo e autorizada pela auditoria médica do IPAM SAÚDE.

Parágrafo único. O elemento moderador a ser cobrado pela assistência à saúde especializada, que trata o *caput* deste artigo, será definido através de decreto do Executivo Municipal.

9.1.5 Procedimentos Ambulatoriais

O Credenciado deverá preencher um formulário de cobrança, que deverá ter a assinatura do Usuário ou responsável, confirmando o seu atendimento.

9.1.6 Atendimento Ambulatório em Puericultura

São ações de serviços que necessita de autorização prévia e não pode ser cobrada concomitante à consulta médica. Incluem nos serviços a avaliação do calendário de vacinas do Ministério da Saúde, avaliação do desenvolvimento, capacidade visual, capacidade auditiva, higiene bucal e outras.

9.2 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

Para a execução de um procedimento de Diagnose e/ou Terapia, o Credenciado deverá exigir a apresentação da Requisição Médica (efetuada em receituário próprio do médico solicitante ou na Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnósticos e Terapias - SP/SADT), do Cartão de Identificação e de um Documento de Identidade. A validade da Requisição Médica é de 30 (trinta) dias da data da emissão.

9.3 Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais necessitam ser emitidos através da guia eletrônica conforme pedido médico devidamente preenchido com a indicação clínica. Os exames laboratoriais realizados de urgência devem ter relação com a condição clínica do beneficiário, de modo a permitir o diagnóstico correto e a conduta terapêutica a ser adotada.

As guias solicitadas para a realização de exames laboratoriais pendentes serão passíveis da análise da auditoria para a verificação da inconsistência informada pelo sistema.

Observação: Todos os procedimentos deverão ser assinados e carimbados pelo médico solicitante, além da assinatura do beneficiário.

9.4 Exames Diagnósticos de Imagem

Os exames considerados como de “alta complexidade” como Ressonância Magnética (RNM), Tomografia Computadorizada (TC), Cintilografias, Quimioterapia, Hemodiálises e Cineangiografias serão submetidos à análise prévia da auditoria. Em algumas situações, será necessário o envio de documentação (relatório médico, laudo ou transcrição de exames), conforme critérios estabelecidos pelo Instituto.

Atenção: As solicitações para a realização de RNM e TC em caráter eletivo, para elucidação diagnóstica e/ou controle de patologia crônica será submetida a análise da auditoria prévia. Caso seja pertinente a autorização, os exames serão liberados no prazo de 15 dias após a data da entrada em sistema eletrônico.

10. ATENDIMENTOS NAS ESPECIALIDADES

- Alergologia e Imunologia;
- Anestesiologia;
- Angiologia;
- Cardiologia;
- Clínica Médica;
- Dermatologia e Feridas;
- Endocrinologia e Metabologia;
- Fisiatria;
- Gastroenterologia;
- Geriatria;
- Genética Clínica;
- Ginecologia e Obstetrícia;
- Hematologia;
- Infectologia;

- Nefrologia;
- Neurofisiologia Clínica;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Oncologia (cancerologia);
- Ortopedia;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Proctologia;
- Psiquiatria (somente consultas);
- Reumatologia;
- Traumatologia;
- Urologia;

Será autorizado o atendimento dentro das especialidades supracitadas quando houver contratualização vigente com o médico especialista e/ou rede prestadora de serviço (clínicas e hospitais).

10.1 Especialidade de Acupuntura

As sessões de acupuntura deverão ser solicitadas por médico assistente para avaliação e autorização prévia, de acordo com a patologia. Este laudo deverá conter as seguintes informações:

- Diagnóstico (CID-10);
- Tempo de início da patologia;
- Histórico da patologia atual;
- Tratamentos já instituídos;
- Proposta de tratamento (número de sessões);

- Periodicidade;
- Previsão de alta.

Na primeira autorização, será liberada 1 (uma) consulta e a sessão do tratamento. Nas sessões subsequentes, serão bonificadas apenas as sessões.

A liberação será preferencialmente para o tratamento de dor. Outras indicações devem ser analisadas baseadas em evidências científicas que demonstrem sua efetividade.

10.1.1 Critérios para a autorização

As sessões de acupuntura deverão ser solicitadas em laudo médico, para análise da auditoria em saúde e autorização prévia, de acordo com a patologia. Serão autorizadas 05 (cinco) sessões a cada 30 dias, Serão liberados no total de 15 (quinze) sessões.

O laudo médico deverá ser devidamente preenchido com as seguintes informações:

- Diagnóstico;
- Histórico da patologia atual;
- Tratamentos já instituídos;
- Protocolo de tratamento (número de sessões);
- Periodicidade;

As recomendações dos especialistas em acupuntura para que o tratamento seja interrompido caso o paciente não demonstre sinais de melhora clínica após 15 (quinze) sessões, e novas sessões para a mesma patologia deverão ser justificadas. Serão autorizados para beneficiários com contratos regulamentados pela Lei nº 9656/98, sem limitação para a realização de sessões de acupuntura.

10.1.2 Procedimentos associados à acupuntura e incluídos na sessão

- Auriculoterapia de permanência;
- Terapia de infiltração de fármaco em ponto de acupuntura;
- Terapia por moxabustão;

Estão inclusos todos os materiais descartáveis ou não, necessários à realização do procedimento.

Não contemplam tratamento para tabagismo, obesidade, insônia, estresse, tensão pré-menstrual, menopausa e depressão por falta de evidências científicas que respaldem essas indicações.

11. ESPECIALIDADE DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA

A terminologia alergia descreve o desenvolvimento de respostas às determinadas substâncias após exposições repetidas. A identificação é realizada através de provas imunoalérgicas e testes cutâneos. O Procedimento de Prick Test ou teste de punctura - São os testes cutâneos alérgicos para detecção imediata. O diagnóstico das doenças alérgicas é realizado através de história clínica.

Os procedimentos desta especialidade somente devem ser bonificados à Alergologista ou Imunologista e podem ser solicitados por pneumologista, otorrinolaringologista, pediatra e dermatologista.

Atenção: Não serão autorizados testes e provas imuno-alérgicas realizadas por outros especialistas. (Ex.: teste para rinite alérgica realizada por otorrinolaringologista).

11.1 Teste De Contato

Poderá ser autorizado até 30 substâncias, raramente será necessário maior número e deve ser justificado adequadamente. Não será autorizada a repetição de teste alérgico para o mesmo paciente. Não serão remunerados taxa de sala, materiais e medicamentos para teste alérgico.

Para IgE total: Serão autorizados 4 (quatro) no total quando houver justificativas plausíveis para elucidação diagnóstica específica.

12 ESPECIALIDADE DE ANGIOLOGIA

A angiologia é a especialidade médica que trata dos vasos sanguíneos (veias, artérias e vasos linfáticos). As solicitações para a realização de exames arteriográficos e angiográficos são considerados exames de alto custo e serão submetidas pela análise da auditoria prospectiva e perícia médica. Serão autorizados quando solicitados por especialista da área, sustentados por indicações clínicas e normatizados por consenso da especialidade.

As angiografias ou exames de Doppler vascular, a remuneração será efetuada por região anatômica.

12.1 Procedimentos cirúrgicos

- Safenectomia unilateral - (2 (duas) diárias de enfermaria, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- Safenectomia Bilateral - 1 (uma) diária de enfermaria, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

A autorização será realizada no formato de pacote conforme a tabela de procedimentos IPAM.

13 ESPECIALIDADE DE ANESTESIOLOGIA

Os atos anestésicos são classificados conforme o porte, disponível em:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/TABELA-DE-VALOR-DOS-PORTES-ANEST%C3%89SICOS1.pdf>

Atenção: As cirurgias que são realizadas conforme porte “0”, trata-se de anestesia local. Desta forma, não possui a participação do Anestesiologista

14. ESPECIALIDADE DE BUCOMAXILOFACIAL

As autorizações serão pertinentes aos casos de deformidades e/ou fraturas para correções de falhas ósseas ou estruturais da mandíbula.

Nos casos dos procedimentos realizados em caráter de urgência, será imprescindível a conferência das etiquetas de rastreabilidade, análise do relatório cirúrgico e exames de imagem para confirmação dos materiais e quantidades implantadas.

14.1 Procedimentos cirúrgicos

- Artroplastia de ATM (Articulação Temporomandibular);
- Artroplastia de ATM bilateral;

- Artroplastia para laxação de ATM;
- Fratura Simples de Mandíbula;
- Fratura Complexa de Mandíbula;
- Fratura do Arco Zigomático;
- Fratura Lefort Tipo I;
- Fratura de órbita Simples;
- Fratura de órbita Complexa ou Cominutiva;
- Fratura Complexa do Terço Médio;
- Osteoplastia por prognatismo;
- Osteotomia tipo Lefort;

Observação:

>> Não serão autorizadas solicitações cuja finalidade seja estética.

>> Os materiais como Kit e eletrodos para monitorização de nervos cranianos – serão autorizados sob a justificativa técnica. Importante ressaltar que a realização da monitorização é um ato médico, conforme Parecer do CFM nº24/14. A remuneração está prevista somente após comprovação de realização, mediante laudo assinado pelo médico responsável, ou seja, aquele que realizou a monitorização.

>> Não serão autorizados materiais passíveis de reprocessamento e/ou materiais inclusos em taxas de sala.

>> Não serão autorizados os materiais que possuem similar permanente e/ou materiais classificados como instrumentais cirúrgicos.

15. ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA

15.1 Critérios para Autorização

Serão consideradas as solicitações baseadas nas recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Europeia de Cardiologia (European Society of Cardiology - ESC). As solicitações médicas passarão por análise da auditoria em saúde. Serão autorizadas quando justificadas as condições através de evidências de que o tratamento seja efetivo.

15.2 Avaliação do cardiologista

Será autorizado 1 (uma) avaliação para os casos de risco cirúrgico solicitado através de encaminhamento realizado pelo médico especialista e responsável pelo procedimento cirúrgico e/ou 01 consulta a cada 30 dias.

15.3 Exames Diagnósticos

Os exames abaixo serão autorizados mediante a indicação clínica compatível HAS, Síndrome metabólica e Diabetes, histórico familiar de doença arterial crônica (DAC), Pré-operatório cirúrgicos de pacientes que apresentem de médio a alto risco pelo escore de Framingham; quando se trata de elucidação diagnóstica para Síndrome coronariana aguda, casos de palpitações, síncope e/ou tonturas sem causa explicada e arritmias cardíacas.

- Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA);
- Teste Ergométrico;
- ECG Convencional de 12 derivações;
- Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico;
- Ecodopplercardiograma collo adulto e infantil;
- Ecocardiódoppler fetal;
- Ecodopplercardiograma transesofágico;
- Holter (Eletrocardiografia dinâmica);
- Ecocardiografia; – Será autorizado 01 conforme a requisição médica para uni ou bidimensional.

Atenção: O uso do doppler permite uma avaliação mais complexa e dinâmica das estruturas cardíacas, principalmente relacionada as capacidades funcionais de fluxo e refluxo sanguíneo.

15.3.1 Cintilografia do Miocárdio

Será autorizado 1 (um) exame/paciente/ano. Corresponde a cobertura obrigatória para a Cintilografia de repouso e estresse na suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), quando o ECG não for conclusivo, suspeita de Infarto de VD; DAC comprovada, avaliação de isquemia em

lesão intermediária (50% a 80% de estenose) evidenciadas em Coronariografia ou Angiotomografia ; Disfunção ventricular grave < 40 FE com DAC suspeita ou confirmada.

Nos casos em que houver a necessidade da realização de mais de 1(um) exame ao ano, a solicitação deverá vir acompanhada haverá da justificativa médica para a análise da auditoria em saúde.

15.3.2 Angiotomografia Coronariana

Pacientes assintomáticos não possuem indicação de tomografia de coronárias. Serão autorizadas 01 (um) exame/paciente/ano quando apresentar alteração em teste ergométrico e/ou cintilografia miocárdica.

15.4 Procedimentos Cirúrgicos com OPME

- Cardiodesfibrilador Implantável (CDI);
- Ressincronizador Cardíaco ou Marcapasso Multissítio;
- Marcapasso Monocameral e/ou Bicameral;
- Troca valvar;

15.5 Cardiologia Intervencionista ou Hemodinâmica

15.5.1 Critérios para Autorização

As autorizações em caráter de urgência serão avaliadas de forma retrospectiva, por meio do procedimento, a pertinência técnica dos materiais, descrição do procedimento, avaliação de imagens e/ou embalagens (quando não existir etiqueta), etiquetas de rastreabilidade e taxas, considerando a resolução RE nº 2605, de 11 Agosto de 2006, “Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de ser reprocessados” e a Resolução do CFM nº 1804/2006 “Estabelece as normas de Utilização de Materiais de Implantes”.

Observação: Não será passível a autorização de materiais excedentes nos procedimentos cirúrgicos contratados no formato de pacote conforme disponível abaixo:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/PACOTES-DE-PROCEDIMENTOS-E-CIRURGIAS-2.pdf>

15.5.2 Exames Diagnósticos de imagem

- Angiografia (Medular, carótidas e vertebrais; cerebral de 04 vasos; aorta; renal; MMSSII; Mesentérica e pulmonar);
- Fistulografia;
- Cineangiocoronariografia ou Cateterismo cardíaco - Considerado como procedimento ambulatorial. As avaliações angiográficas invasivas (cateterismo cardíaco) estão indicadas para avaliação de obstruções das artérias coronárias, DAC, IAM, doenças de valvas cardíacas e músculo cardíaco, artéria aorta e vasos pulmonares. Serão autorizadas 01 exame/paciente/ano e somente poderá ser autorizado o segundo exame dentro do período estabelecido quando houver justificativa médica por imperativo clínico. A cineangiocoronariografia determina a necessidade de tratamento cirúrgico para angioplastia coronária, correção de cardiopatias congênitas e cirurgias cardíacas.

Observação:

>> As angioplastias coronarianas de vasos únicos ou vasos múltiplos, com a utilização de 01 (um) ou 02 (dois) Stents farmacológicos ou convencionais serão autorizadas no formato de pacote.

Disponíveis em:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/PACOTES-DE-PROCEDIMENTOS-E-CIRURGIAS-2.pdf>

Serão autorizados após análise da auditoria em saúde considerando as evidências apresentadas e considerando os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Será analisada a pertinência do tratamento proposto com base nos exames diagnósticos de imagem realizados dentro do período de 06 (seis) meses.

16 ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO

Esta especialidade compreende a abordagem cirúrgica da área abdominal, laparoscópica e trauma. Os procedimentos abaixo serão autorizados quando houver conformidade com a solicitação no formato de pacote, conforme tabela estabelecida pelo Instituto.

- Colecistectomia por vídeo;
- Hérnia de hiato;

- Apendicectomia por vídeo;
- Ooforectomia uni/bilateral ou Ooforectomia, Miomectomia Laparoscópica;
- Histerectomia total Laparoscópica;
- Exploração de vias Biliares com Colectistectomia e Colangiografia;
- Herniorrafias: Crural (bilateral, Epigástrica, Inguinal (Unilateral) e Recidivante;
- Refluxo Gastroesofágico;
- Tireoidectomia total;
- Gastectomia;
- CPRE com Papilotomia;
- Ureterorrenolitotripsia Rígida a laser;
- Ureterorrenolitotripsia Flexível a Laser;
- Nefrolitotripsia Percutânea a Laser;
- Nefrectomia Total;
- Eletrovaporização de Próstata;
- Fissurectomia/ Hemoirrectomia;
- Prolapso retal;
- Fistulectomia;
- Cirurgia de Gastroplastia (Bariátrica).

16.1 Gastroplastia para obesidade mórbida

Considerando a resolução do CFM nº 1946/2010 que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.

A autorização do procedimento cirúrgico deve ser avaliada com base no preenchimento dos critérios de indicação; o tipo de técnica cirúrgica programada e os procedimentos concomitantes. É importante verificar o índice de Massa Corpórea (IMC), Favorável entre 35 kg/m² e 39,9 kg/m²,

comorbidades agravadas pela obesidade e que ameacem a vida. É favorável a autorização para os casos de IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem comorbidade. Vale ressaltar que é favorável a autorização para os pacientes maiores de 18 anos até 65 anos com falha no tratamento convencional realizado pelo menos 2 (dois) anos e obesidade mórbida há mais de 5 (cinco) anos.

Observação:

- Não serão autorizados e/ou cotados os materiais excedentes dos pacotes dos procedimentos cirúrgicos sem a justificativa técnica médica.
- Não serão autorizados e/ou cotados materiais descartáveis que possuem similar permanente ou instrumentais cirúrgicos inclusos em taxas de sala.

17. ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA E FERIDAS

Na presença de lesões cutâneas, as mesmas devem ser contadas em grupo de 3 (três) com limite de até 20 (vinte) lesões por beneficiário.

17.1 Solicitações de procedimento

- Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas, para as mesmas lesões, o código engloba até 3 (três) lesões por autorização.
- Exérese de lesão/tumor de pele e mucosas: Será autorizado lesão e/ou tumor de pele e mucosas acima de 1 (um) cm. Indicadas principalmente para exérese de lipoma e cisto sebáceo.
- Exérese e sutura simples de pequenas lesões, engloba até 3 (três) lesões por autorização. Deverá ser autorizado para exérese de lesões até 1 (um) cm.
- Plástica em Z ou W: Serão autorizadas quando houver área sob tensão, de difícil acesso e/ou limitação funcional.
- Exérese de tumor maligno de pele – Será autorizado mediante a comprovação médica.

17.1.1 Critérios para autorização

São indicadas para tratamento de recuperação tecidual, de lesões cutâneas como ceratocoses seborreicas e actínicas e verrugas. Deverão conter número de lesões em pedido médico.

Observações:

- >> Os procedimentos em dermatologia cirúrgica são realizados em caráter ambulatorial. Em caso de cobrança de paciente em regime de internação, deverá ser justificado através de relatório médico.
- >> Os procedimentos em plástica em Z, rotação, enxertos e retalhos deverão ser avaliados através de anátomo-patológico para a verificação das dimensões, localização topográfica e indicação.

17.2 Curativos

Os curativos serão remunerados conforme a prescrição médica e checagem em relatório de enfermagem. A taxa de curativo (curativo de grande porte) inclui todo material, exceto medicamentos específicos (quando prescritos) e serão autorizados em conformidade da solicitação médica. Os curativos eletivos e/ou seriados deverão ter autorização prévia.

Observação:

- >> Não será remunerado honorário médico para os curativos realizados em Pronto Atendimento nas situações de feridas crônicas.
- >> Serão bonificados os curativos em pacientes internados conforme evolução da ferida com data da realização, carimbo e assinatura pelo profissional executante do procedimento.

17.3 Câmara Hiperbárica – Por Sessão

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é um procedimento terapêutico. O paciente é submetido à inalação de oxigênio puro em uma pressão maior que a pressão atmosférica (em geral, de 2 a 3 atm), dentro de uma câmara hermeticamente fechada e de paredes rígidas. Serve como terapia primária ou adjuvante para uma grande variedade de condições médicas.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina preconiza que procedimentos de oxigenoterapia conduzidos em tendas, bolsas ou outros equipamentos, não se caracterizam como Oxigenoterapia Hiperbárica.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº. 1.457/1995 resolve adotar as seguintes técnicas para o emprego desta terapêutica:

I – DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1 – A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) consiste na inalação de oxigênio puro, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica;

1.2 – As Câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes a pressão e podem ser de dois tipos: multipacientes (de maior porte, pressurizadas com ar comprimido e com capacidade para várias pessoas simultaneamente) e monopaciente (que permite apenas acomodação do próprio paciente, pressurizada, em geral, diretamente com O₂);

1.3 – Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a inalação de 100% de O₂ em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente, ou a exposição de membros ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando a pessoa em ar ambiente.

17.3.1 Critérios para autorização

A indicação da oxigenoterapia é de competência médica. Serão autorizadas até 10 (dez)/paciente/sessões por ano mediante a solicitação médica com indicação clínica pertinente para o caso. É necessário relatório médico da ferida para análise e bonificação das sessões; Poderão ser autorizadas novas sessões quando houver justificativa médica para as novas solicitações.

Estão inclusas todas as taxas hospitalares, materiais descartáveis, medicamentos e honorários médicos.

De acordo com a resolução do CFM nº 1.457/95, A aplicação da oxigenoterapia hiperbárica deve ser realizada pelo médico ou sob a sua supervisão. As aplicações clínicas atualmente reconhecidas da oxigenoterapia hiperbárica são as seguintes:

- Embolias gasosas;
- Doença descompressiva;
- Embolia traumática pelo ar;
- Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça;
- Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos;
- Gangrena gasosa;
- Síndrome de Fournier;
- Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciites, e miosites;

- Isquemias agudas traumáticas: lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplantação de extremidades amputadas e outras;
- Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídios, ofídios e insetos);
- Queimaduras térmicas e elétricas;
- Lesões refratárias: úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito; úlceras por vasculites auto-imunes; deiscências de suturas;
- Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas;
- Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco;
- Osteomielites;
- Anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão sanguínea

A oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) não é indicada para o tratamento de lesões com resposta satisfatória ao tratamento habitual; Lesões que não respondem a OHB: sequelas neurológicas, necroses estabelecidas; Infecções que não respondem a OHB: pneumonia, infecção urinária. Referência baseada na Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica e Resolução Conselho Federal de Medicina n.º 1.457/1995 e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC, 2017).

18. ESPECIALIDADE DE FISIOTERAPIA

Todos os procedimentos fisioterápicos deverão ser acompanhados de solicitação médica devidamente especificada, visto que a prescrição de fisioterapia é ato médico.

A cada 10 (dez) sessões, o médico assistente, deverá avaliar o paciente para a verificação de melhorias bem como se o tratamento adotado está adequado para o caso.

18.1 Fisioterapia Motora

A limitação do número de sessões autorizadas são de 5 (cinco) sessões em cada guia de serviço, sendo o limite máximo de autorização de 20 (vinte) sessões dentro do período de 30 dias, conforme prevê a Lei 9.656/98. Ao término das sessões, novas guias poderão ser autorizadas, desde que o encaminhamento médico esteja anexado em guia eletrônica. Vale ressaltar que a vigência do

encaminhamento (laudo médico) é de 06 (seis) meses. Após o período de validade, sugere-se nova avaliação e conduta pelo Especialista.

18.1.1 Hidroterapia

A hidroterapia poderá ser liberada por ser considerada uma técnica de fisioterapia, porém, deve-se observar se o paciente possui indicação para sua realização. Quando pertinente, serão autorizadas 5 (cinco) sessões em cada guia de serviço, sendo o limite máximo de autorização de 20 (vinte) sessões dentro do período de 30 dias.

18.2 Fisioterapia Respiratória

São passíveis a autorização de 1 (uma) sessão por dia quando a indicação clínica for pertinente. Poderá ser autorizada a segunda sessão quando houver a justificativa médica por imperativo clínico. A fisioterapia respiratória objetiva a melhora da função respiratória através de exercício para a mobilização de secreções, instalação e monitorização da prótese ventilatória e expansão pulmonar e são recomendadas para pacientes internados.

18.3 Fisioterapia Pélvica

O procedimento biofeedback pélvica deve ser liberado no máximo 10 (dez) sessões por ano, pois considera-se o número de sessões necessárias para o correto aprendizado dos exercícios, sob acompanhamento especializado. Este procedimento é indicado nos casos de incontinência urinária de esforço e mista. O estudo urodinâmico é muito importante na classificação dos tipos de incontinência urinária e para a liberação da fisioterapia.

19 ESPECIALIDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Especialidade médica para o tratamento da saúde da mulher relacionado aos órgãos reprodutores femininos e das mamas.

19.1 Exame Citopatológico

Será autorizado 1 (uma) vez conforme a tabela de honorário médico. Indicado para todas as mulheres com vida sexualmente ativa independentemente da idade. Poderá ser autorizado 1 (uma) vez a cada 365 dias quando apresentar algum fator de risco.

19.2 Colposcopia

A solicitação de colposcopia será feita no pedido médico e deverá conter a indicação clínica do exame, mais exames complementares, se houver; para laboratórios, permanece no formulário de exames complementares. Está indicada quando o paciente apresentar lesões cervicais.

Período de reexecução de 60 dias.

19.3 Histeroscopia

Quando verificar qualquer doença uterina poderá ser realizado a biópsia através deste procedimento por meio de uma lente endoscópica para a visualização da cavidade interna uterina.

20 ESPECIALIDADE DE OBSTETRÍCIA

20.1 Exames diagnósticos de imagem

- Ultrassonografia com doppler – Autorizada 1 (uma) por mês,
- Ultrassonografia com Translucência Nucal – Autorizadas para as gestantes com idade gestacional entre a 11ª e a 13ª semana de gestação;
- Ultrassonografia Obstétrica Morfológica – Será autorizado para gestante com idade gestacional entre 18 e 24 semanas.

Os procedimentos cirúrgicos serão autorizados conforme tabela de pacote de procedimentos e cirurgias IPAM:

- Pacote Cesária (Honorário, taxas e 03 visitas) – Incluso o honorário médico e as visitas hospitalares;
- Pacote Parto Normal (Honorários, taxa e 02 visitas) - Incluso o honorário médico e as visitas hospitalares;
- Assistência ao RN sala de parto (honorários) Pediatra - Incluso o honorário médico e as visitas hospitalares;
- Pacote Parto Cesariana Apartamento - Incluso 3 (três) diárias de apartamento e berçário, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, gazes e SADT.

- Pacote Parto Normal Apartamento - 2 (duas) diárias de apartamento e berçário, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, gases e SADT.
- Exérese de Cisto Vaginal - Honorários médicos, todas as taxas, todos os materiais descartáveis e todos os medicamentos.

21 ESPECIALIDADE DE HEMATOLOGIA

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde nº158 de fevereiro de 2016, que “Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos”, as solicitações para a transfusão sanguínea e/ou componentes deverão ser realizadas através de requisição específica sendo exclusivamente solicitada pelo médico.

21.1 Serão autorizados e bonificados conforme pacote

- Unidade de Concentrado de Hemácias;
- Unidade de Concentrado de Plaquetas por aféres
- Unidade de Concentrado de Hemácias lavadas;
- Unidade de Crioceptado de fato anti-hemolítico;
- Unidade de Plasma;
- Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas;
- Unidade de Concentrado de Hemácias Desleucolizadas;
- Reserva Sanguínea ABO e RH – Gel Teste Receptor;
- Pesquisa de Anticórprios Séricos Irregulares antieritrocitários – Gel teste Receptor;
- Prova de Compatibilidade Pré-transfusional Completa (Por Bolsa Reserva).

Observação:

>> Estão inclusos nos pacotes a coleta e o atendimento completo ao paciente, transporte e armazenamento do hemocomponente, insumos, equipamentos e todos os materiais necessários a prestação do serviço.

22 ESPECIALIDADE DE NEFROLOGIA

Especialidade Médica para tratamento de disfunção renal. Nas sessões para o tratamento com hemodiálise, já estão inclusos os honorários médicos e a visita hospitalar.

As autorizações são realizadas para os procedimentos para tratamento de doença renal crônica no formato de pacote conforme itens abaixo:

- Pacote de Diálise Peritoneal com cicladora Crônica / Aguda;
- Pacote de instalação de cateter Tenckhoff;
- Pacote de Instalação de Cateter duplo Lúmen para Hemodiálise - são inclusos os honorários Médicos, taxa de sala, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, cateter.
- Pacote de Hemodiálise intermitente e Similar – Sessão;
- Implante de Cateter Para hemodiálise Triplo - Honorários Médicos, taxa de sala, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos, cateter.
- Hemodiálise Aguda (4 horas) ambiente hospitalar;
- Hemodiálise aguda (8 a 12 horas) ambiente hospitalar – Incluem os honorários Médicos, taxa de máquina, todos os materiais descartáveis, todos os medicamentos.
- Punção de Biópsia Renal Percutânea;

Estão incluídos nos procedimentos todas as taxas de sala, Mat/Med e materiais de alto custo; todos os honorários médicos. Desta forma, não serão autorizadas qualquer solicitação extra do pacote.

As solicitações médicas deverão vir descritas a quantidade e as datas de sessões a serem realizadas. A auditoria retrospectiva validará a bonificação em conformidade das sessões realizadas através das evidências contidas no processo físico protocolado no Instituto.

23 ESPECIALIDADE DE NEONATOLOGIA

- Teste da Orelhinha – Incluso Honorários e taxas
- Teste da Linguinha - Incluso Honorários e taxas

- Avaliação nutricional (03 avaliações e 01 consulta – Paciente Internado com Complicação)
- Pacote Uti Neo Diária – Estão inclusos honorários médicos, Monitorização cardíaca, monitorização pressão arterial, oximetria, respirador, volume de pressão, traqueostomia, diária, taxas, materiais, medicamentos, raio x e serviços de enfermagem;
- Berçário - Estão inclusos honorários médicos, Monitorização cardíaca, monitorização pressão arterial, oximetria, respirador, volume de pressão, traqueostomia, diária, taxas, materiais, medicamentos, raios-x e serviços de enfermagem;

Atenção:

>> Estão inclusos nos pacotes todos os materiais de alto custo, Órtese, Prótese e Materiais Especiais, Taxa de Vídeo e Honorário Médico.

>> Os procedimentos de terapia ambulatorial realizado em consultório não serão bonificados auxílio cirúrgico, porte anestésico ou Instrumentador.

24 ESPECIALIDADE DE NEUROLOGIA CLÍNICA E NEUROCIRURGIA

A neurocirurgia está relacionada aos procedimentos cirúrgicos que abrangem interligações no crânio, pescoço e coluna vertebral, concomitante os nervos e o sistema simpático.

Para a elucidação diagnóstica, a solicitação de tomografia computadorizada simples resolve a maioria dos casos de patologia discal. A tomografia contrastada, ressonância magnética e a mielografia somente em casos especiais.

Para a elucidação diagnóstica:

- Polissonografia – Método diagnóstico para verificar os distúrbios do sono
- Eletroencefalograma – Visa medir as funções elétricas podendo ser realizado através da observação (vigília) ou sono;
- Mapeamento cerebral - Visualização do cérebro através de gráficos e cores. O holter é indicado nas isquemias transitórias, sequelas de traumatismo crânio encefálico e quadros demenciais;
- Eletroneuromiografia – Para a detecção de resposta de estímulos neuromusculares (alterações funcionais), velocidade de condução e teste de estímulos.

Os procedimentos inerentes à coluna são considerados inclusos quando cobrados entre si:

- Hérnia Discal dorsal e lombar;
- Laminectomia descompressiva;
- Radiculotomia;
- Hérnia discal lombar – tratamento cirúrgico com artrodeses inter-somática;
- Hérnia discal cervical via anterior e via posterior– tratamento cirúrgico;

Os procedimentos referentes ao crânio são considerados inclusos quando cobrados entre si:

- Cranioplastia;
- Craniotomia exploradora;
- Craniotomia descompressiva;
- Drenagem de hematoma;
- Hematoma Intracerebral;
- Hematoma subdural cônico;
- Trepanação para drenagem de abscesso cerebral;

Os procedimentos cirúrgicos serão baseados nas 3 (três) sociedades brasileiras Sociedade Brasileira de Neurologia (SBN), Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e Sociedade Brasileira de Coluna (SBC).

Conforme manual de uso racional de dispositivos médicos, disponível em:

<http://portalsbn.org/portal/wp-content/uploads/2017/08/Manual-DMIS.pdf>

25 PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICOS

- Endoscopia Digestiva Alta (EDA); (Os valores das endoscopias sejam diagnósticos ou cirúrgicos, estão relacionadas aos custos operacionais e honorários médicos);
- Retossigmoidoscopia;
- Laparoscopia (qualquer técnica);

- Colangiopancreatografia retrógrada (exceto a parte radiológica);
- Colonoscopia;
- Teste de Urease (Pesquisa de H. Pylori)
- Broncoscopia;
- Mediastinoscopia;
- Traqueoscopia;
- Toracoscopia;
- Histeroscopia;
- Esofagogastroduodenoscopia;
- Uretroscopia/Cistoscopia;
- Fibronasolaringoscopia;
- Rinoscopia;
- Pleuroscopia;
- Colposcopia;
- Vulvoscopia;
- Penioscopia;
- Uretroscopia;

25.1 Autorizações de procedimentos no formato de pacote

- Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com ou sem Biópsia adulto - Incluso os honorários Médi- cos, Materiais, Medicamentos e Taxas;
- Colonoscopia com ou sem biópsia adulto - Incluso os honorários Médicos, Materiais, Medi- camentos e Taxas;
- Retossigmoidoscopia com ou sem biópsia adulto - Incluso os honorários Médicos, Materi- ais, Medicamentos e Taxas;

- Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com ou sem Biópsia Pedriátrica - Incluso os honorários Médicos, Materiais, Medicamentos e Taxas;
- PH-metria esofágica - Incluso os honorários Médicos, Materiais, Medicamentos e Taxas;
- CPRE + Papilotomia - Incluso os honorários médicos e materiais especiais (1 cateter, 1 faca papilótomo, 1 fio guia, 1 papilótomo, 1 balão extrator, 1 cesta para retirada de cálculos);
- Manometria anorectal - Incluso os honorários Médicos, Materiais, Medicamentos e Taxas;
- Broncoscopia com ou Sem biópsia e com ou sem lavado bronquioalveo;

26 ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

- Testes Vestibulares;
- Audiometria – tonal;
- Audiometria – Vocal;
- Impedanciometria;
- Bera (PEATE)

27. ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA

Conforme a Resolução CFM nº 1.642/2002 e seu Art. 1º b: “admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades em conjunto com a Associação Médica Brasileira”.

A solicitação de tomografia de coerência óptica (OCT) não possui cobertura para elucidação diagnóstica de Glaucoma.

27.1 Exames Diagnósticos

- **Pacote consulta oftalmológica padrão** - Consulta (Acuidade visual, Refração, Biomicroscopia); Tonometria (Fluoresceína, Anestalcon); Mapeamento de Retina (Fenilefrina, Mydriacyl), Taxas de Sala; materiais e Medicamentos.

- **Pacote Diagnóstico de Glaucoma** - Retinografia simples (Fenilefrina, Mydriacyl); Curva Tensional Diária (Anestalcon); Paquimetria; Campimetria; Gonioscopia; Mapeamento de Retina; Taxas de Sala; materiais e Medicamentos.
- **Pacote Diagnóstico de Catarata/cirúrgico** - Biometria; Tonometria; Retinografia Simples; Microscopia Espécula; Ultrassonografia ocular, Taxas de Sala; materiais e Medicamentos
- **Pacote Diagnóstico de Retina** - Consulta (Acuidade visual, Refração, Biomicroscopia); Retinografia Simples; Retinografia com Angiografia; Ultrassonografia Ocular; Mapeamento de Retina; Taxas de Sala; materiais e Medicamentos.
- **Teste do Reflexo vermelho (Teste de olhinho);**

27.2 Procedimentos Cirúrgicos

- **Entrópio** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1)
- **Exerese de Pterígio + Transplante de conjuntiva - OE/OD** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- **Exerese de Tumor de Pálpebras Superiores e Inferiores OE** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- **Facoemulsificação com Implante de LIO** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- **Soltura de Córnea** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- **Retirada de Corpo Estranho OE** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).
- **Vitrectomia OD Plana + Retinopexia com Introfusão + Infusão + Indoloso + Troca Fluido Gasoso + Implante de óleo De Silicone** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os

materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

- **Injeção Intravítreo Vancomicina Fartas OE** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

- **Paracentese de Câmara Anterior + Remoção de Hifema** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

- **Injeção Intravítreo de Iriancianoloma** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

- **Vitrectomia + Retirada de óleo de Silicone + Silicone de Gás + Retinopexia Pneumática + Paracentese Câmara Anterior** - Diárias, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis, todo material especial, Honorários médicos, todos os medicamentos, gases e SADT. (1).

Observação:

Não estão inclusos no pacote, o honorário do anestesista em casos de sedação, quimioterápicos, anti-neoplásicos, sangue e hemoderivados.

Manual de ajustes e Condutas da CBO, 2017, Disponível em:

http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/manual_ajuste_conduta_2017.pdf.

28. ESPECIALIDADE DE ONCOLOGIA

Especialidade médica para tratamento de Câncer: Quimioterapia (QT), radioterapia (RT) e cirurgia, que podem ser associadas ou independente, levando em consideração a condição clínica e histórico do paciente.

Os quimioterápicos possuem esquema terapêutico e podem ser aplicados por dia, semana, quinzena, de 3/3 semanas, 4/4 semanas, 5/5 semanas ou de 6/6 semanas. Ao completar a administração dos quimioterápicos, considera-se que foi aplicado 01 (um) ciclo.

As solicitações para a quimioterapia deverão conter: laudo médico; tipo de tumor; resultado do exame Anátomo-Patológico; Protocolo de tratamento; Duração do tratamento e periodicidade das sessões; Tipos de quimioterápicos que devem ser utilizados (nome comercial), bem como a sua origem (nacional ou importada), peso e altura do beneficiário.

28.1 Normas de auditoria para uso de quimioterapia e radioterapia

Nas solicitações de quimioterapia e/ou radioterapia deverão constar a definição clara do tratamento de acordo com protocolos baseados em evidências e diretrizes clínicas; a indicação do quimioterápico antineoplásico e adjuvantes, conforme preconizado na bula do medicamento; e a aprovação do esquema terapêutico, conforme legislação vigente.

Nas guias SADT devem constar a assinatura do paciente e o carimbo do médico e da clínica e não serão aceitas solicitações sem data, assinatura ou carimbo.

Todas as solicitações deverão ser digitalizadas e encaminhadas via sistema eletrônico ao Instituto De Previdência e Assistência Dos Servidores do Município de Porto Velho.

Deve haver compatibilidade na utilização de equipamentos e dispositivos adequados de acordo com a estabilidade e as características individuais de cada medicamento; Todos os dispositivos de infusão devem atender as recomendações da ANVISA, observando-se os critérios específicos de fotossensibilidade dos produtos; Deverá estar prescrito pelo médico: equipo livre de PVC, que minimiza a exposição do paciente ao plastificante DEHP e pode se desprender das bolsas de infusão ou dos materiais de PVC utilizados, geralmente utilizadas na infusão do TAXOL®, ERBITUX® e TORISEL®; Deverá estar prescrito pelo médico: equipo indicado para conectar a bomba de infusão AUTOFUSER ® ou PARAGON®, que são utilizadas em medicamentos com tempo de infusão superior a 24 horas (FauldUor® ou 5FU); Deverá estar anexo o invólucro da agulha para punção de porth-a-cath utilizada no atendimento; A heparinização do cateter deverá estar prescrita pelo médico.

Quando for utilizado o cateter para infusão contínua é recomendado à troca da agulha a cada 8 dias; do curativo a cada 72 horas; Caso o cateter não esteja sendo utilizado, deve-se proceder heparinização uma vez ao mês; em caso de uso, deve-se heparinizar após cada aplicação e/ou uso; Os quimioterápicos serão pagos em miligramas, de acordo com a superfície corpórea do paciente, independente do prestador; Para o pedido da primeira sessão de quimioterapia é obrigatório o envio do laudo anatomopatológico; O pagamento do uso de anticorpos monoclonais medicamentosos

somente será feito com a apresentação do exame de imunohistoquímica; O médico receberá pela primeira consulta e primeiro dia de tratamento, assim como por uma consulta mensal para controle da continuação do tratamento; As demais sessões de quimioterapia serão pagas ao serviço de oncologia como terapia oncológica por dia subsequente; Caso o paciente esteja internado e fazendo quimioterapia, o médico receberá apenas como terapia oncológica por dia subsequente, não receberá pela visita médica; A medicação OXALIPLATINA deve ser infundida com dispositivo de cateter intravenoso, devido sua toxicidade ao entrar em contato com o metal do Scalp®.

A auditoria das contas deverá ser realizada na sede do Instituto, em conferência com as autorizações realizadas previamente via sistema eletrônico.

28.1.1. As prescrições deverão conter:

- A posologia e doses de acordo com o cálculo de superfície corpórea do paciente e o esquema terapêutico;
- Tempo de infusão do medicamento;
- Diluente utilizado na reconstituição do medicamento e diluição final para administração;
- Estabilidade físico-química e microbiológica dos medicamentos após reconstituição e diluição;
- Viabilidade e interações medicamentosas dos componentes da prescrição;
- Verificação do regime antiemético, pré e pós-hidratação e outros medicamentos de suporte utilizados no tratamento.

28.1.2 Critérios utilizados para análise de conta

- Analisar se existe liberação prévia pela Auditoria de oncologia. Se não existir da oncologia a conta não deve ser paga.
- Verificar se a quantidade prescrita é a mesma utilizada e cobrada.
- Verificar se todas as medicações estão devidamente prescritas e checadas.
- Verificar a superfície corporal (SC) do paciente (deverá ser calculada pelo peso e altura conforme mencionado anteriormente) (Exemplo: $P = 61\text{Kg}$ $A = 1,64\text{m}$ = Sc de $1,66\text{m}^2$. Doxurrubicina 60mg/m^2 EV = $99,6\text{mg}$ /Genuxal 600mg/m^2 EV = 996mg).
- Pesquisar a instabilidade dos medicamentos utilizados para análise de possível pagamento

por fração.

- Verificar se os materiais utilizados correspondem com a quantidade de medicação cobrada conforme o prontuário do paciente. Atentar para divergência de dosagem nos frascos dos medicamentos, como por exemplo: Medicamento X dose total de 120mg – (Apresentações: 100mg, 50mg)
- Pagamento pode ser adequado para: 1 frasco de 100mg e 1 frasco de 50mg
- Verificar acordos locais com o Instituto e a rede prestadora.

O beneficiário de atendimento ambulatorial, cabe a bonificação da taxa de sala específica (quimioterapia). Para as sessões de quimioterapia deve constar o pedido médico assinado e carimbado, código do procedimento, datas e assinatura do paciente ou responsável.

Os medicamentos antineoplásicos considerados de alto custo devem ser verificados no Brasíndice, tabela própria do IPAM Saúde e avaliação do auditor em saúde.

A cobrança de medicamentos não conste no protocolo autorizado, deverá vir acompanhada justificativa médica para a utilização do medicamento.

Tabela de diária, taxas e materiais disponíveis em:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/TABELA-DE-DI%C3%81RIAS-TAXAS-E-MATERIAIS.pdf>

Observações:

>> Serão consideradas as mudanças de protocolo de tratamento quando houver intolerância medicamentosa. Não possuem cobertura pelo Instituto: tratamento ou fornecimento de equipamentos e insumos em domicílio; medicamentos importados não nacionalizados; medicamentos para tratamento domiciliar conforme prevê a **PORTARIA Nº 2017/2021**, dispostos no art. 7º.

29 ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA

As autorizações são previstas conforme o caráter da solicitação: eletiva ou urgência.por fração. A autorização da solicitação médica para procedimentos em caráter eletivo passarão pela avaliação da auditoria prospectiva. Será relevante para a autorização: a indicação do procedimento, os exames realizados dentro do período de 06 (seis) meses, análise da solicitação dos honorários médicos e do material OPME/DMI com o quantitativo.

29.1 Procedimentos cirúrgicos eletivos

- Artroplastia de Joelho;
- Artroplastia de quadril;
- Reconstrução Ligamentar;
- Meniscectomia;
- Artroscopia de Ombro;
- Artroplastia de ombro;

Considerando a previsibilidade do procedimento cirúrgico serão autorizados os materiais em conformidade da padronização do Instituto. Caso haja a necessidade de material excedente, deverá ser mencionado em relatório cirúrgico e justificativa técnica médica para a utilização e apresentação da comprovação através do exame de imagem pós-cirúrgico. Nos casos da utilização de materiais que possuem etiqueta de rastreabilidade, será imprescindível a apresentação da etiqueta original utilizada.

Observação:

>> A substituição do OPME será autorizada após o envio da justificativa técnica médica para a troca do material utilizado diferente do autorizado. Será submetido a análise da auditoria e posterior a validação.

>> Não serão autorizados e/ou cotados materiais descartáveis que possuem similar permanente ou instrumentais cirúrgicos inclusos em taxas de sala.

>> As solicitações de procedimentos cirúrgicos em caráter de Urgência serão submetidas à imediata cotação e autorização dos materiais OPME/DMI conforme Pedido médico anexado em guia eletrônica e serão analisados pela auditoria em saúde de forma retrospectiva, ou seja, após a execução do procedimento mediante a comprovação do ato cirúrgico.

30 ESPECIALIDADE DE UROLOGIA

- Colocação cistoscópica de duplo J unilateral
- Ressecção transuretral de próstata (RTU)
- Eletrovaporização da Próstata

31 PACOTES DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Trata-se dos serviços contratados no formato de pacote. Estão inclusos os honorários médicos, todas as taxas hospitalares, todos os materiais descartáveis e todos os medicamentos.

Observação: Considerando a previsibilidade dos materiais padronizados com a rede credenciada, não serão autorizados materiais excedentes nas solicitações em formato de pacote.

Disponível em:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/PACOTES-DE-PROCEDIMENTOS-E-CIRURGIAS-2.pdf>

32 INTERNAÇÕES

A internação eletiva é realizada mediante a autorização prévia do IPAM. Esses procedimentos não podem ser realizados sem a autorização emitida eletronicamente pelo Instituto.

No caso de internação de emergência/urgência, a autorização para internação é solicitada no 1º dia útil subsequente, permanecendo ou não o beneficiário internado após esse prazo.

O Instituto não dispõe de acomodações diferenciadas para os beneficiários, desta forma, será autorizada acomodação apartamento para todos os pacientes.

A documentação necessária para a autorização prévia deverá estar disponível e anexa na guia eletrônica com relatório do profissional assistente contendo o diagnóstico; plano de tratamento; laudos e/ou resultados de exames complementares; código do procedimento e a solicitação da quantidade de dias para a internação.

O prazo da internação será informado, pelo profissional assistente, quando da solicitação da autorização para internação. Caso haja complicação grave e necessidade de prorrogação da internação, nova autorização deve ser solicitada devidamente justificada pelo médico assistente.

32.1 Diária hospitalar

É a modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição do horário que estabelece o início/fim do período é de competência de cada hospital com o plano ou convênio contratado. Frações relativas ao dia de internação e de alta devem ser consideradas como diária completa. Não deve ser cobrada

diária de dois aposentos para o mesmo paciente, concomitantemente. Hospital-Dia: A internação em regime de Hospital Dia é compreendida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, eletivos, onde não há pernoite do paciente. Havendo a necessidade de pernoite, o paciente será internado em um aposento disponível, conforme cobertura contratada pelo paciente, sendo cobradas diárias correspondentes ao aposento utilizado não podendo ocorrer sobreposição de cobrança das duas modalidades.

Atenção: Todas as internações e prorrogações hospitalares necessitam de autorização prévia. Serão analisados por meio de Relatório do profissional assistente contendo diagnóstico descritivo; Plano de tratamento; Laudos e/ou resultados de exames; Código do procedimento; Quantidade de dias de internação.

32.1.1 Descrição das acomodações

- **Apartamento:** aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, televisão, ar-condicionado.
- **Berçário:** quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe-internada).
- **Berçário patológico:** quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).
- **Hospital-Dia:** acomodação de pacientes sem pernoite.
- **Isolamento:** alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.
- **Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UTSI):** acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente.
- **Alojamento Conjunto:** acomodação do recém-nascido no aposento da mãe está incluso na Diária. Fonte: Documento CNA. (Conselho Nacional de Auditoria).

32.1.2 Composição de diárias/taxas hospitalares

A composição da diária refere-se aos itens considerados como parte integrante do valor pago por dia de internação, incluindo o dia da alta.

Cuidados de enfermagem/serviço de enfermagem compreende a realização de procedimentos e assistência de enfermagem ao paciente pela equipe de enfermagem. Não estão contemplados os insumos referentes aos cuidados, exceto os insumos que já estão inclusos na descrição dos itens.

Este conceito pode ser ampliado através da lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício de enfermagem.

32.1.3 Tipos de Diárias

- Diária Enfermaria/Diária
- Quarto/Diária
- Apartamento/Diária
- Isolamento/Diária
- Berçário/Diária
- Berçário Patológico
- Diária de Hospital-Dia até 12 horas de internação;
- Diária Normal com mais de 12 horas de internação.

32.1.4 Itens inclusos nas diárias

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito (vide observação CNA);
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental. Higienização concorrente e terminal, incluindo todos os materiais de uso na higiene e desinfecção;
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;

- Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, cloxedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo);
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Cânula de Guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;

32.1.5 Equipamentos

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);

- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho);
- Desfibrilador/cardioversor qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação (CNA);
- Os kits-bandejas descartáveis: conforme Colégio Nacional de Auditores Médicos esse material está incluso na Composição de Diárias/Taxas Hospitalares.
- Nos casos em que a agulha e o cateter não compuserem o Kit/Bandeja, quando os mesmos forem utilizados, serão pagos separadamente.
- O ato de transportar os equipamentos, como: raios-x, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de fototerapia;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32);

Os cuidados de Enfermagem previstos na legislação nº 7.498/86, disponíveis conforme (ANEXO III), fazem parte dos serviços prestados inclusos nos regimes de internação e atendimentos ambulatoriais de qualquer tipo.

Observação:

>> Na cobrança de Curativo, verificar as regras e normas preconizadas. No tocante a cobrança da Taxa de Curativo deverá ser considerada a análise de auditoria os itens inclusos nas diárias e taxas hospitalares.

>>Na cobrança de Inalação e Nebulização, as regras com descrição e composição. Considerar na análise de auditoria os itens inclusos nas diárias e taxas hospitalares. Constan em diárias e taxas conforme tabela IPAM.

32.2 Diárias de UTI

32.2.1 Itens Inclusos nas Diárias

- Diária de Unidade de Terapia Intensiva – UTI (adulta e pediátrica)
- Diária de UTI Neonatal

Observação:

>> A diária de Isolamento na UTI não será remunerada separadamente na Unidade de Terapia Intensiva.

32.2.2 Itens inclusos nas diárias

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínica a beira do leito, pois já é remunerado plantonista 12 horas e diarista.
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares.
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista.
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo inclui sensor de temperatura);
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativos adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação.
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo,

escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis.

- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável.
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados e escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas).
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
- Cânula de Guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos e soros;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo;

Observação:

>> Campo operatório/cirúrgico qualquer tipo ou modelo, incluindo todos os tipos de iodoforados estão inclusos nas diárias e taxas hospitalares. Campo operatório/cirúrgico e diferente de Compressa Cirúrgica.

>> Compressa Cirúrgica estéril: de tecido, tamanho maior que a gaze comum, devem ser remuneradas separadamente, ou seja, não estão inclusas nas diárias e taxas hospitalares.

>> Não confundir nomes comerciais que descrevem compressas como campo operatório/ cirúrgico. (Verificar o código na página da ANVISA).

>> Gaze estéril: de tecido, tamanho pequeno, devem ser pagas separadamente, ou seja, não estão inclusos nas diárias e taxas hospitalares.

32.2.3 Equipamentos

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo.
- Carrinho de emergência/anestesia inclui Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos,
- Circuito respiratório máscara nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambu e macro nebulizador;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Kits-bandejas descartáveis, nos casos em que a agulha e o cateter não compuserem o Kit/Bandeja;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo inclui cabos.
- Monitorização Invasiva continua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos.
- Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva:
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;

- Aparelho/equipamento para Fototerapia Convencional ou tipo Biliberco e Bilispot: incluía taxa de uso;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raios-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trepano, entre outros. Não é pertinente à cobrança da taxa de transporte de equipamentos.
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, prope, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

Observação:

>>Taxa do equipamento CPAP/BIPAP inclui todos os materiais reprocessáveis descartáveis ou não. Materiais: - Kits e materiais descartáveis como: circuito, máscara qualquer tipo ou modelo e conexões.

>> Oxímetro: Somente será remunerado nesta acomodação mediante a justificativa técnica pertinente, que deverá ser analisada pela auditoria em saúde.

32.2.4 Cuidados de enfermagem

Todos os cuidados de enfermagem descritos abaixo contemplam inclusos nas taxas de diária.

- Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;
- Aspirações, inalações se refere à instalação e o ato de realizar o procedimento;
- O Ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;
- Controle de sinais vitais;

- Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, como: espátula, absorventes, hidratantes, dentífrico, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- Curativo, se refere ao ato de realizar procedimento de Enfermagem. Inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo;
- Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;
- Mudança de decúbito;
- Preparo de corpo em caso de óbito: incluso todo material utilizado para o preparo;
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica, preparo cirúrgico (enterocлизма, tricotomia);
- Preparo e instalação de dieta; não inclui o frasco descartável que armazena a dieta para ser administrada;
- Prescrição/Anotação de Enfermagem;
- Sondagem se refere ao ato de realizar o procedimento;
- Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB, RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer* tipo de *tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

32.3 Taxas

32.3.1 Itens inclusos nas taxas:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Mobiliários para a cirurgia (mesas, hamper, focos cirúrgicos);
- Filtro HEPA, Fluxo Laminar;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;

- Instrumental/Equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Mesa operatória;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, prope, botas;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental. Higienização concorrente e terminal, incluindo todos os materiais de uso na higiene e desinfecção;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativos adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo; sabonete líquido de qualquer tipo, escova;
- Preparo e administração de medicamentos para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis.
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável.
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo);
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Cânula de Guedel, qualquer tipo ou modelo;

- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
- Cortador de frascos de soro;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo.

Observação:

É favorável a remuneração de 02 Compressas Cirúrgicas (Campo Operatório) para Cirurgias de Pequeno Porte, 04 para Cirurgia de Médio Porte e até 06 para Cirurgias de Grande Porte.

32.3.2 Cuidados de enfermagem:

Estão inclusos todos os serviços da enfermagem.

- Aspirações, inalações se refere à instalação e o ato de realizar o procedimento;
- Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock , COMB, RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- O ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;
- Controle de sinais vitais;
- Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado como: espátula, absorventes, hidratantes dentifrícios, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- Curativo: Refere-se ao ato de realizar procedimento de Enfermagem inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;

- Mudança de decúbito;
- Preparo de corpo em caso de óbito: incluir: todo material utilizado para o preparo; (descartável ou não);
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);
- Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB, RED **63** e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- Prescrição/Anotação de Enfermagem;
- Serviço de enfermagem do procedimento;
- Sondagem se refere ao ato de realizar o procedimento;
- Taxa administrativa do hospital;
- Tricotomia - inclui Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador. Inclui aparelho descartável de barbear.

33 VISITA HOSPITALAR

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária mediante a evolução médica. Caso haja necessidade de mais de uma visita por dia, o médico assistente deverá emitir relatório detalhado com justificativa para quantidade de visitas diárias solicitadas.

O código de visita hospitalar é utilizado para remuneração do médico assistente nas internações clínicas, psiquiátricas e interconsultas, sendo pertinente a cobrança da quantidade de 01 (uma) por visita clínica ou parecer emitido por especialidade, na proporção de 01 (uma) por dia de internação.

Considera-se interconsulta o parecer de especialistas emitido por motivos diversos da patologia principal da internação, devendo ser solicitada pelo médico assistente e registrada no prontuário. Não é considerado interconsulta o acompanhamento simultâneo por especialidades clínico-cirúrgicas, com condutas semelhantes, para condução da mesma patologia.

Nos procedimentos cirúrgicos os cuidados pré e pós-operatórios – até 10 (dez) dias de permanência do paciente no hospital após o ato cirúrgico – estão inclusos no valor do procedimento cirúrgico remunerado. Esgotado esse prazo, os honorários médicos serão remunerados por meio de visita hospitalar.

Os honorários médicos do atendimento ao recém-nascido no berçário também são remunerados por meio do código de visita hospitalar por dia de internação. Nos partos múltiplos, remunerar-se-á o atendimento a cada um dos recém-nascidos.

A visita hospitalar poderá ser remunerado na data da alta, desde que haja evolução completa no prontuário médico.

Para fazer jus ao recebimento do honorário referente a visita hospitalar é necessária a identificação do médico titular por meio de sua assinatura e carimbo com especialidade nas evoluções e prescrições médicas.

Para faturamento, as diárias de visita hospitalares realizados devem ser informadas com o pacote de internação no arquivo eletrônico de faturamento XML ou quando da geração da remessa no SADT e (para hospitais que utilizam a ferramenta de “geração de remessa por tipo”).

34 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM A UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Os procedimentos cirúrgicos que requerem a utilização de dispositivos implantáveis e materiais especiais associados ao ato cirúrgico são analisados pela auditoria em saúde levando em consideração os critérios estabelecidos pelas Sociedades Brasileiras das respectivas especialidades e materiais preconizados conforme a padronização do Instituto.

Os materiais serão encaminhados para a cotação conforme o pedido médico dentro dos parâmetros preconizados pelo Instituto.

Serão autorizados apenas os produtos que apresentar o registro de ANVISA com regulamentação vigente.

Os Materiais com direcionamento de marca não serão cotados considerando a resolução do CFM nº 1.956/2010 “Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos”.

Os materiais solicitados não disponíveis na padronização da especialidade, não serão cotados quando não houver justificativa técnica médica plausível para a sua utilização.

Os materiais importados não nacionalizados não serão autorizados (Produtos sem registro da ANVISA)

34.1 Legislações inerentes à área de produtos de Saúde

- RESOLUÇÃO - RDC/ANVISA nº 185, de 21 de outubro de 2001 - Orientações sobre o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- RESOLUÇÃO – RDC/ANVISA nº 56, de 6 de abril de 2001 - Considerando a necessidade de se dispor de requisitos mínimos para comprovar a segurança e eficácia de produtos para saúde.
- RESOLUÇÃO - RDC/ANVISA nº 59, de 25 de Agosto 2008 - Institui o regulamento técnico com os requisitos gerais para o agrupamento em famílias e sistemas de IMPLANTES ORTOPÉDICOS para fins de registro.

Considerando a alta complexidade e alto custo das OPMEs utilizadas nos procedimentos cirúrgicos, bem como a necessidade de apresentar as evidências documentais para o fornecimento de informações ao beneficiário que arcará com o pagamento de 100% do valor da OPME utilizada e ao Instituto que avaliará o valor do orçamento apresentado para fins de bonificação de fornecedores, torna-se obrigatório a apresentação da seguinte documentação comprobatória nos autos do processo administrativo para requerimento de pagamento.

1. Guia de solicitação do procedimento cirúrgico autorizada;
2. Orçamento da OPME autorizada (pré-cirúrgico nas cirurgias eletivas, pós-cirúrgico nas urgências/emergências e pós-cirúrgico de maior valor). Na ocorrência de orçamento pós-cirúrgico de maior valor, apresentando diferença no quantitativo e tipo de OPME utilizada, deve ser apresentado justificativa técnica assinada pelo cirurgião responsável;
3. Ciência em arcar com o pagamento de 100% da OPME assinada pelo beneficiário ou seu representante legal;
4. Cópia de documento de identificação do beneficiário: carteirinha IPAM, RG/ CNH;

5. Cautela de Entrega da OPME contendo as seguintes informações: identificação do estabelecimento de saúde, nome do paciente, cirurgia, data, descrição da OPME (tipo, quantitativo, lote, registro na ANVISA) e identificação do responsável pelo recebimento (assinatura e carimbo),
6. Relatório de cirurgia legível contendo as seguintes informações:
 - a. - identificação do estabelecimento de saúde;
 - b. - nome completo do paciente;
 - c. - data do procedimento;
 - d. - identificação do médico cirurgião, médicos auxiliares, médico anestesista e instrumentador;
 - e. - diagnóstico pré-operatório;
 - f. - cirurgia realizada;
 - g. - descrição cirúrgica legível, com detalhamento da OPME utilizada (tipo e quantitativo);
 - h. - assinatura e carimbo do médico cirurgião.
7. Presença de invólucros ou etiquetas de rastreabilidade originais, que estejam íntegras e em perfeito estado para a identificação da OPME. Além disso, devem apresentar informações em conformidade com o orçamento autorizado e a cautela de entrega da OPME (tais como: quantitativo, tipo, marca, lote e registro na ANVISA).
8. Presença de controle de imagem trans ou pós-cirúrgica com identificação do paciente e data, apresentando nitidez satisfatória para poder identificar os implantes utilizados.

Atenção: O orçamento apresentado para o requerimento de bonificação deve estar autorizado e a OPME especificada (quantitativo, tipo, marca, lote, registro ANVISA, etc) deve estar em conformidade com a cautela de entrega da OPME e as evidências apresentadas nas etiquetas/invólucros e imagem de controle cirúrgico. Esclarecemos que a não conformidade e a falta de evidências encontradas são fatores desencadeantes da aplicação do instrumento de glosa.

Observação:

>> A entrega, conferência, controle e esterilização dos produtos OPMES é de total responsabilidade do fornecedor, bem como o adequado transporte, guarda e armazenamento até a utilização no

paciente, responsabilizando-se pela rastreabilidade dos produtos e emitindo relatório desta ao Instituto.

34.2 Rastreabilidade

As OPMEs devem ser registradas pelos profissionais da saúde envolvidos no procedimento do documento de registro de consumo da sala, na descrição cirúrgica e no prontuário do paciente. Deve ser especificada a quantidade, tamanho, composição e lote do produto quando ausente etiqueta, e nos casos dos materiais que possuem etiqueta é ainda obrigatória a fixação das etiquetas de rastreabilidade contidas na embalagem do produto em um dos documentos citados.

A exigência do IPAM está baseada em documentos legais. Conforme a RDC nº 14, 05 de Abril de 2011, “Institui o regulamento técnico com os requisitos para agrupamento de materiais de uso em saúde para fins de registro e cadastro na ANVISA e adota etiquetas de rastreabilidade para produtos implantáveis”. “Artº18. Para os materiais de uso em saúde implantáveis de uso permanente de alto e máximo risco, o fabricante ou importador deve disponibilizar etiquetas de rastreabilidade de cada material ou componente de sistema implantável. §1º Devem ser disponibilizadas no mínimo 3 (três) etiquetas para a fixação obrigatória: no prontuário clínico, no documento a ser entregue ao paciente, e na documentação fiscal que gera a cobrança.

No caso do IPAM, a etiqueta nº 3 (três), citada nesta resolução, deve ser entregue sob a forma de processo à auditoria para a verificação de uso. A ausência da etiqueta de rastreabilidade implicará no não ressarcimento do material. Nas situações em que houver a necessidade de utilização de material excedente, estes devem conter a justificativa técnica médica no prazo de até 48 horas após o procedimento para análise retrospectiva da auditoria para a validação da pertinência técnica. Somente após o julgamento será confirmada ou não o seu faturamento.

34.2.1 Resoluções Preconizadas

- **Resolução CFM nº 1.804/2006** - Estabelece normas para a utilização de materiais de implante.
- **Resolução RDC/ANVISA 81/2008, de 05 de Novembro de 2008 - Conforme capítulo XV: ROTULAGEM DE BEM OU PRODUTO IMPORTADO - PRODUTO ACABADO**

35 PACOTES DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS IPAM

São os procedimentos médicos estabelecidos com valores prefixados a serem cumpridos em caráter de atendimento eletivo. Não é passível a bonificação de materiais excedentes sem evidências e/ou justificativas por imperativo clínico. Estão incluídos nos pacotes contratualizados os honorários médicos, todas as taxas hospitalares, todos os insumos e materiais descartáveis, todos os materiais de alto custo (OPME/DMI) e todos os medicamentos.

Disponíveis em:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/PACOTES-DE-PROCEDIMENTOS-E-CIRURGIAS-2.pdf>

36. TRANSPORTE / REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA

A proposta de prestação de serviço se refere ao Atendimento Remoção de Ambulância, atendendo às necessidades em caráter de urgência, emergência e eletivo, tanto adulto quanto a neonatal.

36.1 Tipos de Transporte

- **TRANSPORTE COM MÉDICO** – Serão submetidos à avaliação da auditoria mediante ao relatório de solicitação médica. a ficha de serviço de remoção emitida pela empresa responsável pela remoção. Será considerada a avaliação clínica, motivo da transferência, data da solicitação do serviço; local de saída e destino.
- **TRANSPORTE SEM MÉDICO** - Será autorizado mediante a ficha de serviço de remoção emitida pela empresa responsável pela remoção. Será considerada a avaliação clínica, motivo da transferência, data da solicitação do serviço; local de saída e destino.

Atenção: Não será remunerado o transporte de paciente para a residência.

37. CONSIDERAÇÕES FINAIS DE AUDITORIA

- Todo procedimento médico deverá conter descrição em relatório cirúrgico e folha de gastos;

- O Partograma passa a ser considerado como parte integrante do processo de pagamento do procedimento.
- A assistência ao trabalho de parto será paga por hora até o limite de 6h. Não será pago se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após há primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto.
- A assistência ao trabalho de parto deverá ser lançada no momento da internação da paciente no sistema eletrônico do Instituto De Previdência e Assistência Dos Servidores do Município de Porto Velho;
- Em caso de cesárea eletiva, o relatório médico deverá vir acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela beneficiária e pelo médico assistente substituindo o Partograma no processo de pagamento do procedimento;
- A taxa de acompanhante será remunerada apenas nas situações previstas em legislação vigente;
- Será paga diária de internação somente para pacientes com permanência superior a 6 horas em ambiente hospitalar;
- Para fins de pagamento, em caso de materiais que excedem a quantidade padrão para o procedimento, deverá ser apresentado relatório técnico, devidamente assinado pelo médico assistente, descrevendo a técnica utilizada e a intercorrência apresentada no momento do procedimento (exemplo: punção, curativo, etc.).
- O pagamento desse material extra estará condicionado à análise da equipe de auditoria; Para qualquer solicitação que for inserida no sistema eletrônico do Instituto De Previdência e Assistência Dos Servidores do Município de Porto Velho, obrigatoriamente, deverá ser anexada uma cópia do pedido médico (documento físico), com a respectiva justificativa clínica, data, assinatura e o número do registro do profissional solicitante, bem como laudos de exames complementares pertinentes (se for o caso), para análise de auditoria;
- Para a aspiração oro-traqueal, deve-se observar a prescrição médica, horário e checagem do procedimento com a identificação profissional. Caso a equipe de fisioterapia realize o procedimento, deve constar a assinatura legível e o número de registro;
- O uso de luvas estéreis estará autorizado apenas em caso de aspiração traqueal (por tubo

oro/nas-traqueal ou traqueostomia);

- Toda prescrição deve conter assinatura legível e o registro do conselho do profissional;
- Curativos somente serão pagos mediante prescrição do enfermeiro e/ou do médico, seguida de checagem e descrição do procedimento pelo executante;
- Todos os materiais e medicamentos de alto custo utilizados nos curativos deverão conter a autorização prévia da auditoria concorrente, prescrição e relatório do procedimento.
- O material que possuir invólucro deverá estar anexo à conta;
- As feridas devem ser reavaliadas a cada 10 dias para a continuidade do tratamento e autorização dos materiais e medicamentos de alto custo;
- Em caso de mudança de conduta nos curativos, deve-se comunicar e realizar a solicitação na guia de alto custo, justificando o estado clínico e as patologias do paciente, descrevendo a região a ser tratada, o objetivo do tratamento da ferida e a mudança de conduta. Além disso, deve ser anexado à conta o invólucro frente e verso e sem danos; Para pequenos e médios curativos, o material e o medicamento serão pagos conforme prescrição, checagem e anotações da enfermagem; Serão pagas luvas estéreis que foram utilizadas apenas em procedimentos que requeiram seu uso. Em centro cirúrgico, deverá ser considerado o número de participantes diretos da cirurgia (cirurgião, auxiliares e instrumentador). Considerar, ainda, o número de horas da cirurgia realizada: acima de três horas de procedimento cirúrgico, será paga uma luva a mais por cada profissional direto;
- Equipos utilizados nas dietas parenterais e na transfusão de hemoderivados não deverão ser pagos à unidade hospitalar, pois são faturados separadamente pelos respectivos prestadores;
- Será pago, quando prescrito, um equipo de bomba de infusão a cada 72 horas para hidratação venosa ou de acordo com as intercorrências descritas para reposição de líquidos, reposição de eletrólitos, drogas vasoativas, sedativos, bloqueadores neuromusculares.
- Não serão pagos equipos de bomba de infusão para antibioticoterapia, exceto em casos especiais, inerentes exclusivamente a pacientes neonatos e pediátricos, que deverão, por sua vez, ser submetidos à análise de auditoria;
- Para a cobrança dos equipos fotossensíveis, deverá ser observado se a medicação utilizada requer sua utilização conforme determina o fabricante (Anfotérica B lipossomal, Nitroprussiato, etc.);

- Deverá ser utilizado um equipo simples a cada 72 horas para solução parenteral/hidratação venosa em sistema fechado de infusão; Deverá ser utilizado um equipo simples a cada 24 horas para antibioticoterapia; Deverá ser utilizado um equipo para irrigação contínua via sonda vesical três vias a cada 72 horas; Deverá ser utilizado um coletor simples com graduação a cada 24 horas, para quantificação de fluídos; Deverá ser utilizado cateter nasal a cada 24 horas;
- Quando necessário o uso de sondas para administração de medicações, será paga uma seringa de 20 ml por período (manhã, tarde e noite) – quando laváveis; Não serão pagas agulhas com dispositivo de segurança; somente agulhas de ponta romba; Serão pagas agulhas com os seguintes critérios:
 - >> Agulha 13x4.5 para administração subcutânea, 25x7.0 para preparo e administração de medicamentos (IV e IM), 40x12 para preparo de medicamentos em urgências, UTI e medicamentos em pó hidrofílico; Para lavagem de sonda vesical, será paga apenas uma seringa de 20ml;
- Não será pago material que for contaminado por erro de técnica ou defeito de fabricação;
- Os dispositivos de punção venosa periférica, quando cobrados em mais de uma unidade, deverão ser justificados tecnicamente seu uso e intercorrência, com assinatura e carimbo do responsável.
- O material sem justificativa não será pago;
- Não será pago à unidade hospitalar dispositivo de punção venosa periférica utilizada em coleta de sangue para exame laboratorial, já incluso no valor do exame;
- Não será pago o uso de seringa para preparo das soluções das nebulizações; Será autorizado o uso de torneirinhas mediante prescrição de múltiplas medicações/ soros ou em caso de instalação de dispositivo para aferição da Pressão Arterial Média.
- Será paga uma unidade a cada 72 horas;
- Não será autorizado o uso de Transofix® em preparo de soluções;
- Em caso de necessidade da troca de SNE, é necessário fazer a solicitação constando justificativa técnica para análise da auditoria;

- Será autorizado um dispositivo urinário (cateter externo para incontinência urinária masculina) a cada 24 horas ou quando necessário, desde que conste a prescrição de enfermagem e o registro da troca;
- Tubo aramado será considerado quando indicado para intubação retrógrada e intubação traqueal difícil e deve estar devidamente prescrito e relatado em prontuário. Quando for necessária a sua utilização, esta deverá ser justificada, para posterior análise da auditoria;
- Drenos de Kehr, Penrose, Suctor, Torácico (etc.), quando utilizados, deverão estar devidamente prescritos pelo médico e relatados no prontuário e relatório cirúrgico;
- Por não se tratar de procedimento de urgência, o uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) necessita de avaliação e autorização do auditor.
- O invólucro do cateter deverá ser fixado no relatório ou no prontuário do paciente; Será pago um fixador estéril (IV Fix®) para fixação do PICC nas primeiras 24 horas.
- O invólucro deverá estar anexo ao prontuário do paciente. Para fixação do acesso venoso central, deverão ser utilizado curativo convencional compressivo nas primeiras 24 horas e um fixador transparente estéril após 24 horas do procedimento;
- Todas as medicações (principalmente as de alto custo) serão pagas quando prescritas pelo médico, conforme quantidade e horário de abertura da medicação correspondente.
- Deverão estar devidamente checadas e identificadas pelos profissionais executantes, conforme legislações vigentes e Código de Ética de Enfermagem (ANEXO V); O medicamento de alto custo (ANEXO II) deverá estar prescrito pelo médico e autorizado pelo médico auditor concorrente;
- Todo diluente deverá ser prescrito pelo médico ou pelo profissional de enfermagem e estar devidamente checado pelo mesmo profissional que administrou o medicamento; Porte da Cirurgia e número de compressas 45x50: Porte: 1 = 1 pacote de 5 compressas; Porte: 2 = 2 pacotes de compressas; Porte: 3 = 3 pacotes de compressas; Porte: 4 = até 5-6 pacotes de compressas; Quando necessário, será pago uma bolsa de colostomia por dia (em caso de internação) e uma placa de Karaya a cada sete dias, sendo o clamp reutilizável.
- Deve ser considerada a autorização do auditor para cada item, após avaliação in loco;

- Em caso de necessidade de troca de bolsa de colostomia, deverá constar a justificativa na guia de alto custo. Anexar o invólucro do produto no prontuário do paciente e registrar no relatório de enfermagem a instalação e/ou troca;
- Os medicamentos na apresentação de frascos e bolsas serão pagos de acordo com a soma das quantidades prescritas nas 24 horas, independentemente da apresentação, levando-se em conta o tempo de estabilidade após diluição e o acondicionamento da droga, de acordo com fabricante; *Pagar-se-á medicação genérica, exceto quando não houver genérico para determinado princípio ativo*; O Tegaderm CHG® será remunerado mediante autorização prévia, prescrição médica, relatório da instalação do mesmo e invólucro anexo em conta; e somente para fixação em Acesso Venoso Central 24 horas após a punção e duração de 10 dias ou, conforme justificativa técnica, para troca em período inferior a 10 dias;
- As placas de hidrocolóide serão remuneradas para prevenção de úlceras por pressão e também como curativo secundário de grandes lesões. Para sua utilização, deverá conter a indicação técnica, a avaliação da auditoria concorrente (para autorização prévia), a prescrição, o relatório da instalação do mesmo, o invólucro anexo em conta e com duração de 10 dias ou, conforme justificativa técnica, para troca em período inferior a 10 dias;
- A agulha Hubber (Cytocan® / Surecan®) não será paga quando utilizada para heparinização de cateter (port-a-cath®). Seu uso deve ser restrito para infusão de hidratação, medicações ou quimioterapia, e deve ser devidamente prescrita a punção do port-a-cath®, relatado o procedimento e anexado o invólucro da agulha na conta hospitalar;
- O uso de novas tecnologias de equipamentos, materiais e medicamentos para utilização nos beneficiários do Instituto De Previdência e Assistência Dos Servidores do Município de Porto Velho Saúde, deverão passar pela análise da auditoria; Não serão autorizados materiais e medicações de caráter experimental.

Recomendações gerais:

>> Os produtos utilizados devem necessariamente ter registro na ANVISA;

>> A utilização dos produtos deve ocorrer de acordo com as recomendações estabelecidas pelo FABRICANTE;

>> A forma de uso do dispositivo não pode comprometer o resultado da terapia proposta, principalmente quanto ao tempo máximo de uso, levando em conta o tipo de solução a ser infundida;

38. CREDENCIAMENTO

Para uma empresa oferecer seus serviços ao IPAM precisa estar credenciada, seguindo todas as regras do chamamento público, em forma de edital, conforme a legislação vigente nº 8.666/93, que “Regulamenta o artº 37, inciso XXI, da Constituição Federal, Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências”.

O credenciante deverá atender todos os requisitos estabelecidos pelo Instituto sob o formulário de credenciamento e apresentar toda a documentação exigida para a efetivação do credenciamento.

Minuta dos Termo de Credenciamento:

<http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2015/05/MINUTA-DE-TERMO-DE-CREDENCIAMENTO.pdf>

39. DESCONTOS MENSAIS

De acordo com a LEI COMPLEMENTAR Nº 841, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2021 -

“Dispõe sobre o serviço de Assistência à Saúde, prestado pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto velho, e dá outras providências”, disposto no “Art. 12. A filiação a Assistência à Saúde implicará contribuição mensal destinada a cobertura de despesas de administração e prestação dos serviços de assistência médica, de modo contributivo pelo usuário e pelo ente vinculado, incidente sobre o total da remuneração, proventos ou pensão, com descontos mensais, consignados em folha de pagamento, nos seguintes percentuais, sem prejuízo do pagamento do fator elemento moderador:

I - 9% (nove por cento) para servidores efetivos ou celetistas, desde que não seja prazo determinado;

II – 9% (nove por cento) de responsabilidade do Município, dos Poderes Executivo e Legislativo, autarquias, fundações e empresas públicas municipais, por cada beneficiário que seja servidor efetivo ou celetistas, desde que não seja prazo determinado.

40. ELEMENTO MODERADOR

De acordo com o **DECRETO Nº 17.216, DE 24 DE MARÇO DE 2021** - Dispõe sobre a regulamentação da coparticipação (Elemento Moderador) do filiado ao IPAM SAÚDE para cobertura das despesas de assistência à saúde própria e de seus dependentes e dá outras providências”. Conforme o art. 2º, A co-participação de que trata o art. 1º será financiada pelo IPAM SAÚDE, cabendo ao filiado reembolsar ao Instituto, em parcelas mensais e consecutivas consignadas em folha de pagamento, não podendo ultrapassar o limite de 15% (quinze por cento), incidentes sobre o total da sua remuneração, devendo os órgãos responsáveis pela consignação em folha de pagamento priorizar os descontos do elemento moderador visando o equilíbrio das contas do FAS.

Serão descontos aplicáveis à co-participação dos segurados:

- 20% de consultas e SADT (exames complementares);
- 50% de exames de Cintilografia;
100% de contrastes para exames diferenciados;
- 100% de materiais de alto custo (OPME);
- Disponível em:

http://www.ipam.ro.gov.br/app/data/uploads/2014/04/decreto_n_12276.pdf

41 GLOSAS

O Instituto reserva-se ao direito de glosar, total ou parcialmente, as guias apresentadas em desacordo com as normas e padrões regulamentados.

41.1 Para evitar as glosas necessárias alguns cuidados poderão ser tomados

- Preencher todos os campos com números legíveis e sem rasuras;
- Sempre observar a data de validade do cartão do beneficiário;
- Sempre solicitar a autorização prévia para os eventos que dela necessitam;

- No caso de autorização para internação, atentar para o prazo autorizado, solicitando prorrogação, se necessário;
- Para internação e eventos que exigem autorização prévia o prestador deverá emitir a guia de autorização e solicitar que o beneficiário e/ou responsável assine a guia de autorização após a execução do procedimento;
- No caso de exames complementares de diagnóstico, anexar à guia a solicitação médica do profissional assistente, credenciado ou não, cuja validade é de 60 dias;

41.2 Recurso de Glosa

O Recurso de Glosa é um direito facultado a todos os prestadores de assistência à saúde que, em caso de inconformismo em relação às glosas realizadas pelo IPAM, poderão solicitar a revisão dos valores, por meio de abertura do processo de revisão de glosa no setor de protocolo.

A solicitação de Recurso de Glosa – Os documentos (acervos pertinentes) devem estar de acordo com a glosa realizada pelo Auditor.

41.3 Prazo para apresentação do recurso de glosa

O prazo para apresentação do recurso, conforme manual é de até 60 dias da data do processamento da remessa – quando, então, o prestador recebe em seu e-mail o relatório de glosa ou solicitação da nota fiscal. Caso o sexagésimo dia ocorra em feriado ou fim de semana, o prestador deve adiantar a entrega do recurso para o último dia útil antes do fim do prazo. O recurso intempestivo será automaticamente indeferido e devolvido ao prestador com protocolo de devolução. O recurso deve ser protocolado no setor responsável pelo faturamento do prestador. O recurso válido é somente aquele entregue com a abertura de um protocolo.

41.4 Apresentação do Recurso de Glosa

Para apresentação do recurso de glosa o prestador deve, primeiramente, abrir o protocolo referentes aos itens recursados – Procedimento glosado (Código), Valor do Recurso, Justificativa do Prestador – assinado e carimbado a solicitação. Quando houver recurso de uma glosa realizada por um auditor de perfil técnico (médico ou enfermeiro), a justificativa deve ser técnica. Ao solicitar um

recurso de glosa, o prestador deve apresentar justificativa e documentação comprobatória que ampare seu pedido de recurso. Ou seja, o campo justificativa do prestador deve estar fundamentado e em consonância com o motivo da glosa recursada. Recursos sem justificativa e/ou documentação serão automaticamente indeferidos.

41.5 Itens não passíveis de recurso

Nas seguintes situações, as glosas não serão passíveis de recurso: não apresentação de documentos que deveriam estar presentes no momento da auditoria da conta; ausência de pedido médico; pedido original não apresentado (não é aceita apresentação de cópia de pedido); ausência de assinatura e carimbo do médico solicitante nos pedidos e evoluções; identificação incompleta do solicitante (nome legível, carimbo, assinatura) nos pedidos e evoluções; ausência de data no pedido; ausência de identificação do paciente; pedido vencido (validade do pedido é de 180 dias); rasura (data, assinatura, item do pedido, caligrafias diversas no mesmo pedido); ausência assinatura do beneficiário na guia de Autorização do facregulacao; rasura na assinatura do beneficiário na guia de Autorização do facregulacao; assinatura na guia de Autorização do facregulacao; de responsável pelo beneficiário sem devida identificação; atendimento realizado sem execução/autorização no facregulacao; ou fora da competência do atendimento; execução de senha de pré-autorização no facregulacao; fora da competência do atendimento abertura de internação do facregulacao; em competência diferente ao atendimento; utilização de OPME classificado como “controlado” na THS sem autorização emitida por meio do facregulacao; item sem checagem; item incluso no pacote ou não compatível; exame sem comprovação (laudo ou descrição – auditoria in loco); profissional não autorizado a fazer a solicitação.

41.6 Prazo de resposta do recurso

O IPAM mediante a justificativa do prestador poderá reconsiderar a glosa ou mantê-la, em um prazo máximo de 60 (trinta) dias a contar da data do protocolo da solicitação. Recursos de glosa protocolados sem a devida documentação comprobatória serão indeferidos.

ANEXOS

ANEXO I

MEDICAÇÕES EM PRONTO ATENDIMENTO

COBERTURA PARA USO EM PRONTO ATENDIMENTO:

Conforme Brasíndice Atualizado.

MEDICAÇÕES QUE NÃO POSSUEM COBERTURA EM PRONTO ATENDIMENTO:

Antibióticos, Polivitamínicos, Noripurum.

Observação: De acordo com atualizações.

ANEXO II - MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO

Ácido Zoledrônico – Zometa, Actilyse, Adefovir – Hepsera ou similar, Agrastat, Albumina Humana, Anfotérica B Lipossomal, Aredia, Azatioprima, Cancidas – Capofungina, Ciprofloxacino, Diprivan 1% e 2%, Ecalta, Eritropoetina Humana Recombinante – Injetável, Fentanil Transdérmico – Durogésico (anexar invólucro), Fluconazol, Granulokine, Imipenem, Imunoglobulina Específica Anti-Hepatite B Injetável, Insulina Lantus, Interferon Alfa recombinante 2 a e/ou 2b Injetável, Interferon Beta 1 – SC - IM, Invanz – Ertapenem, Medicamentos Oncológicos, Meropenem, Octreotida Injetável, Omaliuabe – Xolair, Plasmin, Polimixina B, Prostaglandina – Prostin, Ribavirina, Rocaltrol, Rhophylac - matergam, Sandoglobulina, Sandostatin, Spiriva, Simdax, Streptase, Survana, Targocid – Teicoplanina, Tazocin – Piperacilina ou Tazobactam, Tetracosactide Injetável – Nuvacthen/ Synacthene/ Similar, Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum, Tygacil – Tigeciclina, Ultiva, Vannair, V-Fend – Voriconazol, Zyvox - Linezolida.

ANEXO III - MATERIAIS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO

Dersani, Papaína, Placa de Hidrocolóide, Placa de Aquacel, Safgel, CaVilon, Duoderm Creme, Kit Karaia, Duoderm Gel.

Obs.: Além dos materiais e medicamentos já informados nos anexos II e III, deverão passar por análise e autorização da auditoria aqueles que tiverem valores pertinentes para serem OPME's.

ANEXO IV - ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR JUNTO A PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

I. PREÂMBULO:

A Equipe Técnica de Auditoria Médica do Instituto De Previdência e Assistência Dos Servidores do Município de Porto Velho Saúde tem por objetivo garantir a qualidade da assistência médica prestada e o respeito às normas técnicas, éticas e administrativas previamente estabelecidas. Assim, devemos implantar medidas corretivas, revisar as normas e/ou elaborar instruções que permitam o contínuo aperfeiçoamento do sistema, bem como verificar a adequação, legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência, eficácia/resolutividade dos serviços de saúde conveniados, contratados e próprios, aferindo a preservação dos padrões. Dessa maneira, adotamos como referencial de boas práticas a *EVIDÊNCIA APLICADA A SAÚDE*, que se traduz pela prática assistencial em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica, visando melhorar a qualidade do atendimento prestado. É importante ressaltar que essa metodologia não exclui o valor da experiência pessoal, mas propõe que esta esteja alicerçada em firmes bases científicas. Os níveis de evidência dos estudos para tratamento e prevenção são hierarquizados de acordo com o grau de confiança e estão relacionados à qualidade metodológica dos mesmos. Usamos este tipo de informação para tomada de decisão, com base em estudos com grau de evidência hierarquizada, considerando primariamente aqueles de níveis mais elevados. Quando não há evidências a respeito, temos que considerar as práticas convencionais, uma vez que qualquer extrapolação estará sujeita a erros e/ou conflitos de interesses.

II. CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS:

A atuação da fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) merece atenção para que esteja baseada em evidências científicas. Desse modo, realizamos revisão de literatura no sentido de aqui sumarizar, respaldado por diretrizes, protocolos e recomendações desenhados por meio de estudos pautados em evidências, os principais pontos de atuação e intervenção do profissional fonoaudiólogo junto ao paciente crítico. As técnicas terapêuticas e a eficácia da

reabilitação em fonoaudiologia constituem-se num trabalho no sentido de prevenir complicações. Podemos mencionar a disfagia e os riscos de broncoaspiração, como de reabilitação, destacando os tratamentos voltados aos distúrbios cognitivos e vocais e às desordens de linguagem. Neste contexto, entende-se que o exercício da fonoaudiologia busca ampliar as perspectivas prognósticas, com a redução do tempo de internação e a redução na taxa de reinternação, sobretudo por pneumonia aspirativa, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. *No contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva deve ser criteriosamente observada a necessidade de avaliações fonoaudiológicas sob uma ótica proativa, a qual deve ser planejada e controlada, estabelecendo-se métodos objetivos, princípios de avaliação consensuais e a utilização de protocolos, reafirmando a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências.* A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cuida de doentes multidisciplinares. Dentre estes, podemos distinguir três principais perfis epidemiológicos: o primeiro, composto por doentes com gravidade suficiente a ponto de necessitar de técnicas e equipamentos especializados para suporte de vida; o segundo, composto por pacientes que aparentemente encontram-se bem, mas que potencialmente podem apresentar complicações; e o terceiro, composto por pacientes terminais. De acordo com os grupos citados, a atuação fonoaudiológica dar-se-á de forma criteriosa, de acordo com o quadro clínico e respiratório apresentado pelo paciente.

Considerando-se o trabalho realizado à beira do leito por fonoaudiólogos, tais como reabilitar a deglutição, a fonação com adaptação de válvula de fala, a estimulação da linguagem, a orientação nos quadros de afasia e, ainda, a mioterapia nos casos de paralisia facial, dentre outros, em uma UTI é de competência do fonoaudiólogo, enquanto membro da equipe multidisciplinar, avaliar as disfagias orofaríngeas mecânicas e neurogênicas ocasionadas por distintas etiologias, de forma criteriosa e cautelosa, não colocando em risco o quadro clínico do paciente, auxiliando, portanto, na prevenção e redução de complicações pulmonares e/ou de nutrição e hidratação, diminuindo o tempo de ocupação do leito e custos hospitalares. A duração do atendimento deve adequar-se ao estágio de reabilitação, procurando harmonizar e colaborar com as condutas e horários do corpo médico, da enfermagem e dos outros profissionais. Se houver recomendações e prescrições para realização dos exercícios diários, forma de hidratação oral ou outros procedimentos, elas devem ser orientadas, anotadas de maneira clara e deixadas à mão do paciente, familiar/cuidador, além de comunicadas à equipe de enfermagem.

**COM BASE NO EXPOSTO, OS PROTOCOLOS MULTIDISCIPLINARES DE
ATUAÇÃO EM AMBIENTE DE UTI, PREVEEM, EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO DO
FONOAUDIÓLOGO, AS SEGUINTE ATRIBUIÇÕES:**

Auxílio terapêutico na de canulação de traqueostomizados; Avaliação quanto à possibilidade de alimentação por via oral; Averiguação do método mais adequado de alimentação; Seleção das consistências da dieta; Especificação dos riscos e precauções durante a alimentação; Avaliação das condições de uso da válvula fonatória. Entendemos que qualquer atividade que extrapole os direcionamentos amplamente aceitos e validados por diversos protocolos deve ser submetida à análise da auditoria médica e devidamente justificada, por meio da apresentação de recomendações e diretrizes construídas sob o prisma da evidência.

ANEXO V

CONCEITOS TÉCNICOS BASEADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA.

Antissepsia – processo de eliminação ou inibição do crescimento de microrganismos em pele e mucosa. Emprego de substância capaz de impedir a ação dos micro-organismos pela inativação ou destruição.

Antisséptico – são formulações germicidas hipoalérgicas e de baixa causticidade, destinadas ao uso em pele ou mucosas.

Cateter central de inserção periférica (PICC) - dispositivo inserido em veia periférica que atinge veia cava superior.

Cateter de Artéria pulmonar – dispositivo inserido percutaneamente em veias centrais para monitorização hemodinâmica.

Cateter de Swan-Ganz – tipo de cateter instalado no lado direito do coração, e utilizados para medidas diretas de pressões e determinação do débito cardíaco. (Dicionário COREN SP).

Cateter Periférico – cateteres periféricos são dispositivos com comprimento que costuma ser igual ou inferior a 7,5 cm e colocados em veias periféricas.

Cateter Venoso Central: - Curta permanência – são aqueles que atingem vasos centrais (subclávia, jugular, femoral) e são instalados por venopunção direta e não são tunelizados. Esses dispositivos não possuem nenhum mecanismo para prevenção de colonização extraluminal (ver fisiopatológica adiante). São frequentemente empregados quando há necessidade de acesso central por curtos períodos (tipicamente entre 10 -14 dias), de onde deriva sua denominação.

Longa permanência – aqueles que atingem vasos centrais (subclávia, jugular, femoral) e são instalados cirurgicamente. Esses dispositivos apresentam algum mecanismo para evitar a

colonização bacteriana pela via extraluminal. São frequentemente empregados quando há necessidade de acesso central por períodos mais prolongados (tipicamente acima de 14 dias), de onde deriva sua denominação.

>> Eles subdividem-se em:

1. Semi-implantados – o acesso ao vaso dá-se por intermédio de um túnel construído cirurgicamente. A presença de um cuff de Dacron gera uma reação tecidual que sela a entrada de bactérias da pele;

2. Totalmente implantados – o acesso ao vaso central dá-se por intermédio da punção de um reservatório implantado cirurgicamente sob a pele. A entrada de bactérias é impedida pela própria pele supra adjacente.

Cateter umbilical – dispositivo inserido na artéria ou veia umbilical.

Desinfecção – Processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies, com exceção de esporos.

4. Equipamentos e materiais de saúde ou “produtos correlatos”

São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários. Vide Inciso IV do Art. 3º, Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1997. Este universo, para fins de aplicação da legislação sanitária, compreende os seguintes produtos definidos na Portaria nº 2.043, de 12 de dezembro de 1994 e Portaria SVS nº 686, de 27 de agosto de 1998:

4.1. Materiais e artigos descartáveis

São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez, de forma transitória ou de curto prazo.

4.1.2. Materiais e artigos implantáveis

São os materiais e artigos de uso médico ou odontológico, destinados a serem introduzidos total ou parcialmente no organismo humano ou em orifício do corpo, ou destinados a substituir uma superfície epitelial ou superfície do olho, através de intervenção médica, permanecendo no corpo após o procedimento por longo prazo, e podendo ser removidos unicamente por intervenção cirúrgica.

4.1.2.3. Produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes.

Produtos de higiene, conforme Glossário da ANVISA são produtos para uso externo, antissépticos ou não, destinados ao asseio ou à desinfecção corporal, compreendendo sabonetes, xampus, dentifrícios, enxaguatórios bucais, antiperspirantes, desodorantes, produtos para barbear e após o barbear, estípticos e outros. Resolução RDC nº 211, de 14 de julho de 2005 (ANVISA): Ficam estabelecidas a Definição e a Classificação de Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes, conforme Anexos I e II desta Resolução.

5. Classificação de Produtos

Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes são preparações constituídas por substâncias naturais ou sintéticas, de uso externo nas diversas partes do corpo humano, pele, sistema capilar, unhas, lábios, órgãos genitais externos, dentes e membranas mucosas da cavidade oral, com o objetivo exclusivo ou principal de limpá-los, perfumá-los, alterar sua aparência e/ ou corrigir odores corporais e/ou protegê-los ou mantê-los em bom estado.

5.1 Classificação de Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes.

- **Definição de Produtos Grau 1:** são produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes cuja formulação cumpre com a definição adotada no item 1 do Anexo I desta Resolução e que se caracterizam por possuírem propriedades básicas ou elementares cuja comprovação não seja inicialmente necessária e não requeiram informações detalhadas quanto ao seu modo de usar e suas restrições de uso, devido às características intrínsecas do produto,

conforme mencionado na lista indicativa “LISTA DE TIPOS DE PRODUTOS DE GRAU 1” estabelecida no item “I” deste Anexo

- **Definição de Produtos Grau 2:** são produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes cuja formulação cumpre com a definição adotada no item 1 do Anexo I desta Resolução e que possuem indicações específicas, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia, bem como informações e cuidados, modo e restrições de uso, conforme mencionado na lista indicativa “LISTA DE TIPOS DE PRODUTOS DE GRAU 2” estabelecida no item “II” deste Anexo.
- Os critérios para esta classificação foram definidos sem função da probabilidade de ocorrência de efeitos não desejados devido ao uso inadequado do produto, sua formulação, finalidade de uso, áreas do corpo a que se destinam e cuidados a serem observados quando de sua utilização.

Disponíveis em:

<http://portal.anvisa.gov.br/cosmeticos/conceitos-e-definicoes>

5.2 Produtos médicos enquadrados como de uso único são proibidos de reprocessamento.

Seguir a Resolução RE nº 2605, de 11 de agosto de 2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANVISA).

5.3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde - GGTPS Gerência de Tecnologia de Materiais de Uso em Saúde - GEMAT NOTA TÉCNICA N. 001/2013/GEMAT/GGTPS/ANVISA

Objeto: Informações de rotulagem de produtos para saúde.

1. Tem sido cada vez mais frequente a demanda de questionamentos sobre a correta interpretação a ser dada ao conteúdo dos rótulos de produtos rotulados para uso único disponíveis no mercado.

2. Para melhor compreensão do assunto, faz-se necessário esclarecer algumas definições: O termo **re-esterilização** deve ser entendido como processo de esterilização de artigos já esterilizados e não utilizados (Portaria Interministerial MS/TEM 482/99). Deve ser utilizado exclusivamente quando há dúvida quanto à segurança do processo ou resultado da esterilização inicial. Não pode ser utilizado como processo que venha alterar o prazo de validade de um artigo esterilizado e não utilizado no prazo definido pelo fabricante (Lei 6360/76 art. 67 inciso IV).

O termo **reprocessamento** ou mais recentemente processamento deve ser entendido como um conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras (RDC ANVISA 15/12).

O termo **produto de uso único**, definido pela RDC ANVISA 185/2001, deve ser entendido como qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, utilizável somente uma vez, segundo especificado pelo fabricante.

3. Antes da publicação da RDC ANVISA 156/06, os produtos que eram considerados como proibidos de serem reprocessados deveriam conter no rótulo a inscrição “**PRODUTO DE USO ÚNICO**”.

4. Com a publicação da RDC ANVISA 156/06, os rótulos para os produtos constantes da lista de produtos proibidos de serem reprocessados constantes da RE ANVISA 2605/06 e aqueles em que o fabricante indica a impossibilidade de garantir a segurança do produto no seu processamento devem conter no rótulo os dizeres “**PROIBIDO REPROCESSAR**”.

5. De acordo com o Artigo 8º da RDC ANVISA 156/06 “É proibido em todo o território nacional, por qualquer tipo de empresa, ou serviço de saúde, público ou privado, o reprocessamento dos produtos quando:

a. I - Se enquadrarem no inciso I do art. 4º desta Resolução, apresentando na rotulagem os dizeres: “Proibido Reprocessar”.

b. II - Constarem de Resolução Específica RE/ANVISA, que contém a relação dos produtos proibidos de ser reprocessados”.

6. O Artigo 10 da RDC ANVISA especifica ainda que “As empresas e os serviços de saúde que realizam o reprocessamento devem adotar protocolos que atendam às diretrizes indicadas em Resolução Específica RE/ANVISA. Estas diretrizes estão estabelecidas na RE ANVISA 2606/06.

7. O Artigo 14 estabeleceu prazo de trezentos e sessenta e cinco dias para fabricantes e importadores cumprirem as exigências dos artigos 6º e 7º, que dizem respeito especificamente à rotulagem dos produtos.

8. O Banco de Dados da ANVISA para pesquisa de rotulagem e instrução de uso é alimentado no momento do registro do produto e quando ocorre uma alteração que implique na mudança de rotulagem ou instrução de uso relacionada ao processamento do produto.

9. Com o intuito de esclarecer sobre a correta interpretação a ser dada ao conteúdo dos rótulos que estão no mercado esclarecemos:

a. Os produtos que apresentam em seus rótulos, suas embalagens ou nas instruções de uso somente as expressões USO ÚNICO ou PRODUTO DE USO ÚNICO não estão em conformidade com o estabelecido na RDC 156/06, uma vez que o prazo estipulado para a alteração dos rótulos já se encontra expirado há pelo menos cinco anos;

b. A inscrição “NÃO RE-ESTERILIZAR” não deve ser levada em consideração uma vez que este procedimento é vedado de acordo com a Lei 6360/76;

c. Sempre que o rótulo apresentar a inscrição “PROIBIDO REPROCESSAR”, independente de qualquer outra informação constante do rótulo, este produto não pode ser submetido a processamento após seu uso.

d. A inscrição “FABRICANTE RECOMENDA USO ÚNICO” é exclusiva para produtos considerados passíveis de processamento e não pode ser acompanhada de frases tais como “DESCARTAR APÓS O USO” ou “DESTRUIR APÓS O USO”, que orientem o uso como único.

10. A RDC ANVISA 156/06 não determinou que os fabricantes e importadores comunicassem formalmente à ANVISA o cumprimento do artigo 14 da RDC ANVISA 156/06. As informações são incluídas no Banco de Dados na medida em que os processos venham a ser analisados no momento da

renovação do registro.

11. Por este motivo, é possível a ocorrência de divergência na informação do conteúdo da rotulagem quando pesquisado no endereço eletrônico da ANVISA, comparado com o rótulo apostado no produto que se encontra no mercado. Nestes casos, deverá sempre ser considerada a informação constante

do rótulo, desde que atendidos os critérios constantes do item 9 desta Nota Técnica.

12. Na ocorrência de rotulagem conforme descrito no item 9 alínea “a”, o fato deverá ser informado à Vigilância Sanitária local para a adoção das medidas pertinentes.

Brasília, 3 de outubro de 2013.

Gerência de Tecnologia de Materiais de Uso em Saúde

GEMAT/GGTPS/

ANEXO VI

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;
- Aspirações, inalações se refere à instalação e o ato de realizar o** procedimento;
- O Ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;
- Controle de sinais vitais;
- Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, como: espátula, absorventes, hidratantes, dentífrico, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
- Curativo, se refere ao ato de realizar procedimento de Enfermagem. Inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão, e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo;
- Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;
- Mudança de decúbito;
- Preparo de corpo em caso de óbito: incluso todo material utilizado para o preparo;
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica, preparo cirúrgico (enteroclisma, tricotomia);
- Preparo e instalação de dieta; não inclui o frasco descartável que armazena a dieta para ser administrada.
- Prescrição/Anotação de Enfermagem;
- Sondagem se refere ao ato de realizar o procedimento;
- Tricotomia - inclui Tricotomizador elétrico e a lamina do Tricotomizador. Inclui aparelho descartável de barbear.
- Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB.
- RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer* tipo de *tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo instalação e manutenção de venoclise e aparelhos.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa, M.C. Procedimentos Básicos de Enfermagem São Paulo, Editora Atheneu, 2015.
- BATISTA, F. Feridas – Palavra do especialista. 1ª edição. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2009. p.3-23.
- CANDIDO, L.C. – Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2017.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resoluções/CFM/2001/1614_2001.htm>. Acesso em Setembro de 2015.
- COSTA, A. L. R. C. da (Organizadora). Manual de Condutas: cuidados de enfermagem a pessoas com feridas. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ FEN/ UFMT: Cuiabá, 2001.
- COSTA, I. G. Prevenção e tratamento de feridas: guia prático. Cuiabá, 2003.
- CUNHA, A. F. & FONSECA, R. Aet. al – Central de Material Esterilizado Rotinas Técnicas, Belo Horizonte, 2015.
- DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2000/01 – 29ª edição. Editora Publicações Científicas, Rio de Janeiro, 2015.
- DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. Coord.e Rev. Rúbia Aparecida Lacerda; trad. Merle Scoss. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2012.
- DU GAS, W.B. Enfermagem Prática, 3ª edição. Editora Interamericana Ltda., Rio de Janeiro, 2017.
- ENFERMAGEM, Conselho Federal de Código de Ética, Resolução nº160/161, Rio de Janeiro, 1993.
- FAKIH, F. T. Manual de diluição e administração de medicamentos injetáveis.
- GEOVANINE, Telma e JUNIOR, Alfeu Gomes de Oliveira. Manual de Curativos. 2ª edição. Rev. ampl. São Paulo: Editora Escolar, 2010.
- Guia de preparação e administração de medicamentos por via parenteral, 2007, 2ª edição.
- LOVERDOS, Adrianos – Auditoria e análise de contas médicas – São Paulo, Editora STS, 2015.
- MACHADO, A. et all. Prevenção da infecção hospitalar. Sociedade Brasileira de Infectologia. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.
- PRADO, Deildes de O. P. et al. Manual de Normas de Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ROGANTE, M.M & FURCOLIN, Márcia I.R, Procedimentos especializados de enfermagem – São Paulo, Editora Atheneu, 2015.

Resolução Conselho Federal de Medicina 1457/95 Brasília 1995

CONITEC(Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS)-Ministério da Saúde.

Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica

Ministério da Saúde. Parecer Técnico Científico. Avaliação de Múltiplas Tecnologias em Feridas Crônicas e Queimaduras. Maio 2011. Acesso em: 17/03/2020. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe_janeiro_2011.pdf