

**(ANEXO “Z” - (MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS) - AO EDITAL DE  
CREDENCIAMENTO Nº 01/2020)**



**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

**CMNE – 6º RM**

**4º BECnst**

**ANEXO Z**

**1. Materiais descartáveis não cobertos pelo FuSEx**

01. Absorvente Higiênico
02. Aconchego
03. Água oxigenada
04. Algodão
05. Aquecedor e manta térmica
06. Bacia plástica
07. Band-aid
08. Bandeja para raquianestesia
09. Blusas descartáveis
10. Bolsa de água quente
11. Bom ar
12. Bomba para ordenha
13. Borracha de silicone
14. Borracha para aspirador
15. Cabo bipolar
16. Cadeira de apoio para banho
17. Calçados ortopédicos
18. Camisa para microcâmera
19. Campo cirúrgico (operatório) descartável
20. Caneta para bisturi descartável
21. Cânula de Guedel
22. Capa para microscópio
23. Chuca/chupeta
24. Cidex
25. Cinta lombar
26. Clorohex, clorexidina ou outros degermantes
27. Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério
28. Colete lombar
29. Combi-red (tampa para soro)
30. Compressa cirúrgica
31. Conexão para aspiração, bomba e pressão
32. Conector
33. Copo descartável

34. Cotonete – pagar apenas para oftalmologia
35. Cotonóide – pagar apenas para neurologia
36. Creme dental
37. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado, Álcool 70% ou outros degermantes.
38. Despesa de frigobar, telefone, teve à cabo ou outros serviços adicionais correlatos.
39. Dispositivo anti-trombolítico
40. Escova de degermação
41. Escova de dente
42. Espéculo descartável
43. Esponja para banho
44. Estabilizador de tornozelo
45. Éter benzina e tintura de iodo
46. Faixa elástica pós-operatória
47. Filme endoscópio
48. Filtro respirador
49. Fiso-Hex, povidine
50. Fitas de vídeo
51. Fixador de tubo traqueal
52. Fixador externo
53. Formol
54. Frascos para exame
55. Gaze radiopaca
56. Gel para biométrica, gel para exames de Ultrassonografia e demais exames.
57. Gerador de tecnécio
58. Germipol
60. Gesso sintético
61. Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças e demais EPIs
62. Imobilizador
63. Lâmina para tricotomia
64. Látex extensor de O2
65. Lençol descartável
66. Luva para aparelho de laparoscopia
67. Manta
68. Manteiga de cacau
69. Máscara laríngea
70. Material de banho do RN
71. Meia elástica, Meia, cinta, atadura e calça elástica
72. Mercúrio de prata
73. Micro por espaçador
74. Muletas
75. Pasta gel
76. Pijama descartável
77. Plug adaptador macho
78. Sabonete
79. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo
80. Sensor infantil neonatal
81. Sensor para oxímetro
82. Tapoin
83. Termômetros
84. Tipóias
85. Toalha descartável

86. Redutor Trocáter
87. Esparadrapo, Micropore (pago conforme indicado por procedimento).
88. Tampa cone Luer

**2 - Determinações sobre órteses, próteses, materiais especiais descartáveis e reutilizáveis.**

**OBS: Verificar se os critérios respeitam a CCIH das OCS, se for comprovado prática divergente da estabelecida neste item pode ser solicitada alteração.**

- 1 ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia, para vidro de umidificador 250 ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
- 2 2. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.
- 3 AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
- 4 AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.
- 5 ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 6 ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.
- 7 AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.
- 8 APARELHO DESCARTÁVEL PARA BARBEAR: Será pago para tricotomia em pré-operatório e no máximo 02 Unidades.
- 9 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 sonda, 01 par de luvas de plástico e 01 Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 ml por aspiração, até 06 por dia .
- 10 ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
- 11 BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
- 12 BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
- 13 BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
- 14 BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
- 15 BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
- 16 BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
- 17 BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
- 18 BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
- 19 BULL DOG: Não será pago.
- 20 CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
- 21 CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
- 22 CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.

- 23 CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
- 24 CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
- 25 CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
- 26 CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
- 27 CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
- 28 CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
- 29 CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
- 30 CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
- 31 CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
- 32 CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
- 33 CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
- 34 CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
- 35 CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
- 36 CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
- 37 CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
- 38 CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
- 39 CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
- 40 CATETER DIAG. ALTA/ BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.
- 41 CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
- 42 CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
- 43 CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
- 44 CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
- 45 CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
- 46 CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
- 47 CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
- 48 CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
- 49 CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
- 50 CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.

- 51 CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
- 52 CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
- 53 CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
- 54 CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
- 55 CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
- 56 CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
- 57 CATETER MULTIPURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
- 58 CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
- 59 CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
- 60 CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
- 61 CATÉTER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
- 62 SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
- 63 CATETER QUADRIPOLAR/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
- 64 CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
- 65 CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
- 66 CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 67 CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
- 68 CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
- 69 CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
- 70 CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
- 71 CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
- 72 CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
- 73 CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
- 74 CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
- 75 CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
- 76 COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
- 77 COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
- 78 COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
- 79 CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
- 80 CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.

- 81** CPAP NASAL: NÃO.
- 82** DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
- 83** DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 84** ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
- 85** ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
- 86** ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
- 87** ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
- 88** EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
- 89** EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
- 90** ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
- 91** ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
- 92** EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
- 93** EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
- 94** EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
- 95** FAIXA SMARCH: Será paga 1/5.
- 96** FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
- 97** FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
- 98** FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
- 99** FIO GUIA N° 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
- 100** FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: Será pago 1/3 do valor.
- 101** FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
- 102** FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarreia.
- 103** FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago valor integral se houver solicitação médica.
- 104** GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
- 105** GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
- 106** HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
- 107** Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
- 108** Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
- 109** Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado

- 110** INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
- 111** INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 112** INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 113** ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 114** JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias.Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
- 115** KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
- 116** KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
- 117** KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respectiva embalagem em anexo.
- 118** KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
- 119** KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
- 120** KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
- 121** KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 122** LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
- 123** LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
- 124** LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
- 125** LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
- 126** MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
- 127** MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
- 128** MANTA CAREQUILT: NÃO.
- 129** MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
- 130** MICROPORE E ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
- 131** ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
- 132** PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.
- 133** PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
- 134** PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
- 135** PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
- 136** PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.

- 137 PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
- 138 PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
- 139 PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
- 140 PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
- 141 PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
- 142 REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
- 143 ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
- 144 SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
- 145 SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
- 146 SERRA DE GIGLI: NÃO.
- 147 SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.
- 148 SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
- 149 SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
- 150 SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
- 151 SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
- 152 SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 153 SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
- 154 SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
- 155 SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- 156 SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
- 157 STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 158 STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 159 SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
- 160 TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
- 161 TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
- 162 TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 163 TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
- 164 TROCATER: Será pago valor integral.



- 165 TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
- 166 TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
- 167 TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 168 VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

**OBSERVAÇÃO:**

**MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA, OS FRACIONAMENTOS PODERÃO SER REAVALIADOS DURANTE AUDITORIA. OS MESMOS ESTARÃO SUBMETIDOS ÀS NORMAS DA ANVISA E ANS.**

**3- Procedimentos radiológicos contrastados.**

**3.1. Radiologia Geral**

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Broncografia unilateral	Hytraste	20 ml
Laringografia	Hytraste	20 ml
Ductografia (por mama)	Lipiodol UF	5 ml
Sialografia (por glândula)	Lipiodol UF	5 ml
Histerossalpingografia	Telebrix hystero	20 ml
Artrografia	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Fistulografia	Telabrix hystero	20 ml
Colangiografia transcutânea	Iodado (iônico)	40/50 ml
Colangiopancreatografia retrogr.	Iodado (iônico)	40/50 ml
Dacriocistografia	Lipiodol UF	5 ml
Reed	Neobar - (Bário)	200 a 250 ml
Ressonância Magnética	Magnevistan	0,1 a 0,2 ml/kg
Flebografia	Unilateral	40 a 60 ml
Flebografia	Bilateral	60 a 120 ml

**3.2 NEURORADIOLOGIA**

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (não iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (iônico)	80 a 100 ml

Angiografia carotídea int.	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arco aórtico	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Arco aórtico	Iodado (não iônico)	100 a 150 ml
Angiografia medular	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Iopamiron 300	20 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Omnipaque 370	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Iopamiron 350	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Iopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

OBS: DEMAIS ANGIOGRAFIAS: Quantidade de contraste não previsível – variando com peso, complexidade do procedimento ou patologia.

### 3.3 CARDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Cateterismo cardíaco	Telebrix – Optiray	100 a 300 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix – Optiray	200 a 350 ml

### 3.4 APARELHO DIGESTIVO

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia pré-operatória	Iodado (iônico)	20/25 ml
Colangiografia venosa	Biligrama infusão	100 ml
Colangiografia com planigrafia	Biligrama infusão	100 ml
Colangiografia oral	Iodado oral	12 comp.
Esôfago	Bário	1 Fr.
Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Esôfago,Hiato,Estômago e Duodeno	Bário	2 Frs.
Clister opaco	Bário	4 Frs.
Duodenografia Hipotônica	Bário	2 Frs.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PRODUTO/TIPO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Intestino delgado duplo contraste	Bário	3 Frs.
Seriografia gastroduodenal	Bário	2 Frs.

### 3.5 APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PRODUTO/TIPO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Urografia venosa	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Pielografia ascendente	Iodado (iônico)	40/60 ml
Uretrocistografia	Iodado (iônico)	50/60 ml
Urografia venosa minutada	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia venosa minutada	Iodado (não iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (iônico)	40/50 ml
Urografia com nefrotomografia	Iodado (não iônico)	40/50 ml

### 3.6 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

3.6.1 Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico injetável;

3.6.2 Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral: bário especial ou 1 frasco de iodado de 50 ml diluído em água ou soro.

3.6.3 Angiografias (espiral) cerebral, cervical, torácica, abdominal, pélvica, extremidade – iodado não iônico= 150 ml.

3.6.4 Angio-tomografia aorta e membros inferiores – iodado não iônico= 250 ml.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PRODUTO/TIPO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (s/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp. Coluna (Seg.adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Face- S.F.-T.M.	Iodados	100 ml

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PRODUTO/TIPO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
TC Mastóides – ouvidos	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

#### **4. Classificação dos curativos para pagamento de taxas.**

<b>Tamanho</b>	<b>Extensão</b>	<b>Profundidade</b>	<b>Exsudação</b>	<b>Pomada / Solução</b>	<b>Quantidade</b>
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Dermazine Dersani	10 ml
				Kollagenase	10 ml
				Age	10 g.
					10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Dermasine Dersani	15 ml
				Kollagenase	15 ml
				Age	15 g.
					15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermasine Dersane	20 ml
				Kollagenase	20 ml
				Age	20 g.
					20 ml

#### **5.1 CURATIVOS ESPECIAIS:**

5.1.1 Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo.

5.1.2 Em situações especiais, deverão ser justificadas.

<b>Descrição do curativo</b>	<b>Frequência de trocas</b>
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	de 01 a 03 dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 01 a 07 dias