

ANEXO XV – SERVIÇOS HOSPITALARES: ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

I- SERVIÇOS HOSPITALARES

1. São aqueles destinados aos TITULARES e DEPENDENTES TÍPICOS, excluídos os DEPENDENTES ATÍPICOS e compreende: Internações Clínicas e Cirúrgicas; Atendimento Eletivo/Urgência/Emergência 24 horas; Hemoterapia; Exames Laboratoriais de Análises Clínicas e demais serviços de diagnose e terapia; Atendimento Ambulatorial/Externo para Exames de Imagem e Laboratoriais de Análises Clínicas; UTI Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UTI Materna; Day Clinic, observados os Protocolos Operacionais descritos no ANEXO IX.
2. O retorno de consulta para a mesma especialidade médica será de até 15 (quinze) dias. No caso de atendimento (casos de urgência e emergência) em pronto socorro não há retorno de consulta. A consulta de retorno no pós-operatório está inclusa até o 10º dia após o procedimento.
3. A CONTRATADA não poderá cobrar do beneficiário nenhum procedimento coberto/autorizado pela CONTRATANTE.
4. A CONTRATANTE não acatará pedidos de procedimentos nos quais não constem codificação TUSS, data de solicitação, carimbo e assinatura do profissional assistente, com o respectivo número de inscrição no conselho de classe.
5. Não serão aceitos pedidos médicos e/ou odontológicos em formulários pré-impresos, sem carimbo legível e assinatura do profissional assistente, com o respectivo número de inscrição no conselho de classe, sem data ou com data superior a 30 (trinta) dias, sem codificação vigente e a correta e legível descrição do procedimento conforme estabelecido pela ANS (RN nº 305/2012), e o nome da CONTRATADA que realizará o procedimento, e/ou ainda constando dados ilegíveis.
6. Os pedidos médicos têm validade de 30 (trinta) dias para a efetiva realização dos procedimentos, contados a partir da data de solicitação, e bem assim as guias autorizativas a partir da data de autorização.
7. A CONTRATANTE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados aos beneficiários com restrição de cobertura assistencial (DEPENDENTES ATÍPICOS), e bem assim aos demais beneficiários NÃO ELEGÍVEIS pela utilização da rede assistencial CONTRATADA.
8. Fica definido por emergência e urgência, respectivamente, todos os eventos que sejam considerados críticos ou um perigo iminente, ou implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o(a) paciente, caracterizados por declaração do profissional assistente;
9. Será assegurada cobertura para TITULARES OU DEPENDENTES TÍPICOS, excluídos os DEPENDENTES ATÍPICOS, nos casos de atendimentos de emergência e urgência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta hospitalar.
10. Em dias não úteis e em horários não comerciais, os casos de emergência ou urgência deverão ser atendidos mediante apresentação, pelo beneficiário, do Cartão Virtual de Beneficiário do SAS válido ou acessando a página eletrônica da Companhia na internet para verificação da elegibilidade no link Consulta Beneficiário, ficando a CONTRATADA obrigada a solicitar autorização por meio do envio da solicitação médica/odontológica, bem como do relatório clínico, a fim de regularizar a situação no 1º (primeiro) dia útil subsequente ao atendimento, **no prazo máximo de 48 (quarenta**

- e oito) horas**, devendo a CONTRATANTE responder no mesmo prazo. Vide ANEXO IX – Protocolos Operacionais.
- a. Para os fins previstos neste Subitem entender-se-á por dias **não úteis**, os feriados oficiais e finais de semana (sábados e domingos) e por horários não comerciais os compreendidos entre 19h e 7h.
 11. A CONTRATANTE concederá autorizações prévias e realizará perícias em relação aos procedimentos e eventos assistenciais, mediante a expedição de pareceres técnicos de auditoria médica/odontológica, que acompanharão as Autorizações de Procedimentos e Guias de Atendimentos emitidas pela Companhia, conforme o caso.
 12. A CONTRATANTE poderá solicitar a presença dos beneficiários para realização de perícia prévia, com a finalidade de averiguar a necessidade de realização do procedimento eletivo e o seu correto enquadramento, de acordo com as normas regulamentares previstas, expedindo a correspondente Autorização de Procedimentos e Guias de Atendimentos emitidas pela Companhia, conforme o caso, mediante a expedição de pareceres técnicos de auditoria médica/odontológica.
 13. O atendimento aos beneficiários sem a apresentação da respectiva Autorização de Procedimentos, acompanhada do parecer de auditoria técnica, quando for o caso, liberada previamente pela CONTRATANTE, será admitida em casos de emergência e urgência, em dias **não úteis e horários não comerciais**, desde que justificados mediante laudo elaborado pelo médico assistente, e apresentado no primeiro dia útil subsequente após a realização do atendimento. Entende-se por dias não úteis, os feriados oficiais e finais de semana (sábados e domingos), e por horários não comerciais, os compreendidos entre 19h até as 7h.
 14. O tratamento odontológico que necessite de internação hospitalar fica condicionado à avaliação prévia do perito, excetuando-se os casos de emergência e urgência, formalmente justificadas.
 15. As guias e anexos deverão, obrigatoriamente, ser preenchidas de modo correto em todos os seus campos e itens, sem exceção, a fim de evitar futuras glosas, bem como sujeição de eventuais penalidades impostas pela ANS.
 16. O prazo máximo para apresentação das guias pela CONTRATADA é de 180 (cento e oitenta) dias a contar do atendimento e/ou alta hospitalar do beneficiário da CONTRATANTE.
 17. As contas deverão ser individualizadas, com discriminação das despesas realizadas e respectivos comprovantes da prestação dos serviços, como solicitações de exames e procedimentos, boletins anestésicos (em caso de anestésias e sedações), relatórios médicos, etc. A CONTRATANTE poderá solicitar auditoria médica e de enfermagem para fechamento de conta in loco, com prévio agendamento com a CONTRATADA.
 18. A CONTRATADA se obriga a fornecer nota fiscal e demais certidões negativas vigentes relativos aos serviços a serem pagos pela CONTRATANTE.
 19. Fica estabelecido que as contas hospitalares que não apresentarem informações e documentos suficientes para fins de conferência por parte da CONTRATANTE, e não tiverem os formulários devidamente preenchidos e assinados de forma legível, serão devolvidos para providências complementares, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias, para fins de conferência e pagamento, a partir da nova entrega.
 20. O retorno de consulta para a mesma especialidade médica será de até 15 (quinze) dias. No caso de atendimento (casos de urgência e emergência) em pronto socorro não há retorno de consulta.
 21. São consideradas diárias o período de acomodação disponibilizado ao beneficiário da CONTRATANTE, contado a partir do dia da internação até a alta hospitalar,

- compreendendo o período superior a 12 (doze) horas. Diárias de altas não serão consideradas para pagamento.
22. A CONTRATADA internará os pacientes em acomodação padrão “Apartamento Standard”, o qual disponibilize banheiro privativo, telefone e acomodação para 01 (um) acompanhante, ou acomodação padrão “Enfermaria”, que compreenda a acomodação composta de quarto coletivo e banheiro comum aos pacientes daquele quarto, sem direito a acompanhante, com exceção dos previstos em LEI (ITEM 23), conforme cobertura assistencial contratada. Na emissão da guia será informado o padrão autorizado. Caso não conste na guia ou em casos de urgência/emergência, os pacientes poderão ser acomodados em enfermaria, até que seja expedida nova guia constando o padrão do apartamento.
 23. Resta à CONTRATANTE a cobertura de despesas com acompanhante apenas no caso de Dependente Típico, na condição de internado, desde que tenha idade inferior a 18 (dezoito) anos ou ainda aquele com perfil etário igual ou superior a 60 (sessenta anos), respectivamente, na forma estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Ademais, a Contratante cobrirá as despesas nos casos indicados a seguir, considerando a Resolução Normativa – RN/ANS nº 167, de 09 de janeiro de 2008, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, e garante, em seu art. 16, inciso I, cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.
 24. Nas situações em que a CONTRATADA, por qualquer motivo, não disponha das referidas acomodações, a mesma compromete-se a instalar os pacientes em acomodação de padrão superior, sem que isso acarrete ônus excedentes para os beneficiários e/ou para a CONTRATANTE.
 25. Existindo vaga na acomodação autorizada, poderá o beneficiário, por sua exclusiva opção, ser instalado em acomodação de padrão superior, assumindo diretamente as diferenças, junto à CONTRATADA e à equipe médica, das taxas hospitalares, materiais e honorários médicos excedentes nas quais sua opção incorrer, **sem qualquer ônus para a Conab.**
 26. Não serão autorizadas internações e ou diárias para check-up, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.
 27. Os serviços de hotelaria hospitalar serão pagos na forma de diárias e taxas, conforme Tabelas Referenciais adotadas pela Conab, que trata da remuneração dos serviços.
 28. Nos casos de óbito, o dia do falecimento computar-se-á como diária.
 29. Não se aplica a indivisibilidade da primeira diária aos procedimentos submetidos ao regime de Day Clinic. Poderá ser cobrada diária completa nos casos com justificativa médica, oportunidade em que haverá prorrogação da internação, acima de 12 (doze) horas.
 30. Entende-se como regime de “hospital-dia”, a internação que totalize até 12 (doze) horas, no valor de 75% (setenta e cinco por cento) de uma internação normal.
 31. A CONTRATANTE não pagará outra acomodação concomitantemente com a de UTI, CTI, Unidade Coronariana, Unidade de Queimados ou Semi-intensivo (Unidade Intermediária), para o mesmo beneficiário. A acomodação em que o paciente ficou mais tempo internado nas 24 h é a acomodação que prevalecerá para pagamento.
 32. Pacientes de Enfermaria que necessitem de isolamento serão acomodados em Apartamento, ambiente este que possibilita o efetivo isolamento; nas situações

- previstas no item acima, para pacientes com direito a acomodação de Enfermaria, será cobrado o valor da diária da acomodação efetivamente utilizada (Apartamento).
33. Os eventuais gastos extraordinários, tais como refeições de acompanhantes, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas pessoais, telefonemas, produtos de higiene pessoal (fralda, pasta de dente, antissépticos bucal, etc) e cosméticos dentre outros, não cobertos pela CONTRATANTE serão cobrados pela CONTRATADA diretamente ao paciente ou responsável, sem intervenção da CONTRATANTE.
 34. Nos casos de internação prolongada, as contas deverão ser fechadas parcialmente, sendo encaminhadas à CONTRATANTE na data prevista do faturamento, acompanhadas de toda a documentação pertinente ao período faturado. A CONTRATADA deve identificar à qual parcial refere-se a fatura apresentada (1ª parcial, 2ª parcial, etc.), não cabendo parcial inferior a 10 (dez) dias, exceto no encerramento da conta.
 35. A prorrogação de internação deverá ser formalizada no dia do vencimento da internação inicial, mediante apresentação de relatório do médico assistente, justificando a prorrogação pleiteada, ficando a CONTRATANTE responsável por autorizar a solicitação em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

II- ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:

1. A Taxa de Processamento de Leite Humano – Visa cobrir os custos de manipulação, manutenção do ambiente próprio para o preparo, coleta, análise laboratorial microbiológica da amostra do leite, pasteurização, envase, acondicionamento sob refrigeração, distribuição, manutenção e utilização do equipamento e demais cuidados e insumos cabíveis à alimentação dos recém-natos.
2. Nas CIRURGIAS POR VIDEO, quando o convênio não autorizar todos os materiais descartáveis RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO, o prestador poderá disponibilizar os Materiais de Longa Duração – ditos “permanentes” – mediante o pagamento da taxa de uso destes, conforme previsto neste instrumento.
 - a. As Taxas para Utilização de Equipamentos, Instrumentos Especiais, Materiais de Longa Duração (material “permanente” p/ cirurgias por vídeo) visam cobrir exclusivamente, os custos de instalação, limpeza e esterilização, quando necessária, o desgaste e a reposição, o deslocamento entre unidades, o consumo de energia elétrica, como também a manutenção sistemática deles.
 - b. Nas cirurgias realizadas por vídeo, não havendo autorização pelo convênio, para utilização de materiais descartáveis necessários e existindo Materiais de Longa Duração (ditos “permanentes”) substitutivos, o hospital poderá disponibilizá-los, sendo, nestes casos, efetuada a cobrança da TAXA UTILIZAÇÃO MATERIAL VÍDEO LONGA DURAÇÃO (“PERMANENTE”), para cobertura exclusivamente de custos com aquisição, manutenção, reposição, acondicionamento, limpeza, esterilização e depreciação
3. **Das taxas de sala cirúrgicas**
 - a. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso à taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% da taxa de maior porte.
 - b. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgia por vias de acesso diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da Taxa de maior porte.

- c. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias, por duas ou mais equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da taxa de maior porte.
- d. Quando forem realizadas cirurgias de Porte 0 (zero) no Centro Cirúrgico, a Taxa de Sala a ser cobrada será equivalente ao Porte 1 (um), devidamente justificada pelo médico assistente.
- e. Nas cirurgias INFECTADAS (Portaria nº 930 de 27/08/92 do Ministério da Saúde), aquelas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja, exemplo: cirurgia do reto e ânus com pus, cirurgia abdominal em presença de pus e conteúdo de cólon, nefrectomia com infecção, presença de vísceras perfuradas, colecistectomia por colecistite aguda com empiema, exploração das vias biliares em colangite supurativa), por acarretarem isolamento da sala, despesas adicionais de reesterilização, risco de perda ou postergação de cirurgias subsequentes, as taxas de sala terão acréscimo de 100 (cem por cento) do seu valor, mediante relatório médico e laudo médico comprobatório desta infecção.

III- EXAMES COMPLEMENTARES

1. Não serão aceitos pedidos médicos e/ou odontológicos em formulários pré-impressos, sem carimbo legível e assinatura do profissional assistente, com o respectivo número de inscrição no conselho de classe, sem data ou com data superior a 30 (trinta) dias, sem codificação vigente e a correta e legível descrição do procedimento conforme estabelecido pela ANS (RN nº 305/2012), e o nome da CONTRATADA que realizará o procedimento, e/ou ainda constando dados ilegíveis.
2. Os pedidos médicos têm validade de 30 (trinta) dias para a efetiva realização dos procedimentos, contados a partir da data de solicitação, e bem assim as guias autorizativas a partir da data de autorização.
3. A CONTRATANTE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados aos beneficiários com restrição de cobertura assistencial (DEPENDENTES ATÍPICOS), e bem assim aos demais beneficiários NÃO ELEGÍVEIS pela utilização da rede assistencial CONTRATADA.
4. As guias e anexos deverão, obrigatoriamente, ser preenchidas de modo correto em todos os seus campos e itens, sem exceção, a fim de evitar futuras glosas, bem como sujeição de eventuais penalidades impostas pela ANS.
5. O prazo máximo para apresentação das guias pela CONTRATADA é de 180 (cento e oitenta) dias a contar do atendimento do beneficiário da CONTRATANTE;
6. A CONTRATADA se obriga a fornecer nota fiscal e demais certidões negativas vigentes relativos aos serviços a serem pagos pela CONTRATANTE.

IV- CONSULTAS AMBULATORIAIS

1. O retorno de consulta para a mesma especialidade médica será de até 15 (quinze) dias. No caso de atendimento (casos de urgência e emergência) em pronto socorro não há retorno de consulta. A consulta de retorno no pós operatório está inclusa até o 10º dia após o procedimento.
2. A CONTRATADA não poderá cobrar do beneficiário nenhum procedimento coberto/autorizado pela CONTRATANTE.

3. A CONTRATANTE não acatará pedidos de procedimentos nos quais não constem data de solicitação, carimbo e assinatura médica legíveis.
Não serão aceitos pedidos médicos e/ou odontológicos em formulários pré-impressos, sem carimbo legível e assinatura do profissional assistente, com o respectivo número de inscrição no conselho de classe, sem data ou com data superior a 30 (trinta) dias, sem codificação vigente e a correta e legível descrição do procedimento conforme estabelecido pela ANS (RN nº 305/2012), e o nome da CONTRATADA que realizará o procedimento, e/ou ainda constando dados ilegíveis.
4. Os pedidos médicos têm validade de 30 (trinta) dias para a efetiva realização dos procedimentos, contados a partir da data de solicitação, e bem assim as guias autorizativas a partir da data de autorização.
5. A CONTRATANTE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados aos beneficiários com restrição de cobertura assistencial (DEPENDENTES ATÍPICOS), e bem assim aos demais beneficiários NÃO ELEGÍVEIS pela utilização da rede assistencial CONTRATADA.
6. As guias e anexos deverão, obrigatoriamente, ser preenchidas de modo correto em todos os seus campos e itens, sem exceção, a fim de evitar futuras glosas, bem como sujeição de eventuais penalidades impostas pela ANS
7. O prazo máximo para apresentação das guias pela CONTRATADA é de 180 (cento e oitenta) dias a contar do atendimento do beneficiário da CONTRATANTE;
8. A CONTRATADA se obriga a fornecer nota fiscal e demais certidões negativas vigentes relativos aos serviços a serem pagos pela CONTRATANTE.

V- INSTRUÇÕES SOBRE TAXAS E DIÁRIAS DAS TABELAS

1. DO ATENDIMENTO

- a. O atendimento é o ato de acolhimento do paciente, seguido da prestação de serviços médico-hospitalares, e será efetuado mediante apresentação da cédula de Identidade e autorização prévia quando necessário.

2. DA INTERNAÇÃO

- a. A internação inicia-se com a identificação, preenchimento da documentação necessária, abertura ou desarquivamento do prontuário e reserva e preparo da acomodação para o paciente, colocando à sua disposição toda a infra-estrutura hospitalar disponível.
- b. Para procedimentos que a critério da perícia não requeiram internação, será autorizado pagamento de taxa de observação até 6 horas.

3. DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO

- a. Os alojamentos hospitalares, para efeito da presente tabela, estão divididos em: Enfermaria, Apartamento tipo B, Apartamento tipo A, Apartamento Especial e Suíte, Berçário ou Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva, Sala de Observação e Sala de Recuperação Pós-anestésica.
- b. Tais alojamentos são compostos da seguinte forma:
 - ENFERMARIA – aposento com mais de 01 (um) leito, banheiro coletivo e mobiliário necessário ao paciente.
 - APARTAMENTO TIPO B – aposento com 01 (um) leito, e acomodação para 01 (um) acompanhante, banheiro privativo, mobiliário necessário ao paciente e telefone.

- APARTAMENTO TIPO A – aposento com a mesma composição do tipo B acrescido de televisão e frigobar.
- APARTAMENTO ESPECIAL E SUÍTE – aposentos dotados de maior conforto e requinte, de composição variável.
- BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO – aposento com um ou mais leitos, exclusivamente para recém nascidos, composto de berços e mobiliário necessário ao atendimento proposto.
- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – aposento com um ou mais leitos, exclusivamente para pacientes, composto de camas, móveis e estando equipada com os aparelhos indispensáveis ao bom atendimento e segurança do paciente.
- SALA DE OBSERVAÇÃO – aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para pacientes, contendo camas ou macas. Situa-se em ambulatório ou pronto socorro, sendo destinada à observação do paciente após atendimento ou exame.
- SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para pacientes em observação após o ato cirúrgico até sua transferência para o alojamento reservado ou alta hospitalar. O tempo de permanência varia de acordo com o tipo de anestesia utilizada e situa-se no Centro Cirúrgico ou Obstétrico.
- c. O padrão de acomodação a ser utilizado pelo beneficiário da Conab será o do Apartamento tipo B.
- d. Na falta de apartamento tipo B, o paciente será internado em aposento de tipo superior, sem ônus para o paciente ou para a Conab.
- e. A qualquer tempo e surgindo vaga, o paciente poderá ser removido para o tipo de acomodação contratada.
- f. Existindo vaga em apartamento tipo B, mas preferindo o paciente acomodação de maior conforto, fica o credenciado autorizado a atender o seu pedido. Nesta hipótese, os custos adicionais com diárias e outros serviços médico hospitalares serão pagos pelo próprio beneficiário ou seu responsável, eximindo-se a Conab de qualquer responsabilidade quanto aos mesmos.
- g. Quando, durante a internação, houver intercorrências que modifiquem o tratamento clínico ou cirúrgico autorizado, o médico assistente justificará a alteração por meio de relatório que será anexado à fatura, ficando a Conab responsável pelas despesas decorrentes.

4. DAS DIÁRIAS

- a. Entende-se por diária hospitalar a ocupação de um leito de internação por qualquer período de tempo até no máximo 24 (vinte e quatro) horas.
- b. A primeira diária é indivisível e inicia-se no momento da internação do paciente.
- c. As horas excedentes ao encerramento da última diária serão cobradas por hora, conforme a presente tabela, não podendo ultrapassar o valor de 1 (uma) diária.
 - a. O pagamento da hora excedente será efetuado quando justificada. Ou seja, por motivos clínicos ou pela espera de resultado de exames. **Diárias de altas não serão consideradas para pagamento.**
- d. No caso de transferência do paciente para UTI, os familiares poderão continuar ocupando o apartamento, desde que façam solicitação explícita e se responsabilizem pelas despesas decorrentes.
- e. Nas internações que necessitem de isolamento do paciente, as diárias serão acrescidas de 30% (trinta por cento).

f. Inclui-se no valor das Diárias:

- Ocupação do espaço físico;
 - **Equipamentos de proteção individual (EPIs) – touca, gorro, luvas de procedimentos, sapatilhas, óculos, dentre outros.**
 - **Taxa de Admissão e Registro - despesas de recepção, abertura ou desarquivamento do prontuário, registros e anotações de toda a documentação exigida, reserva e preparo do respectivo alojamento.**
 - Utilização das camas com as roupas necessárias e dos móveis específicos de cada alojamento;
 - Limpeza e desinfecção do ambiente (álcool 70%, clorexidine, dentre outros produtos para esta finalidade);
 - Alimentação completa para o paciente, inclusive dieta especial, prescrita pelo médico assistente, EXCETO alimentação enteral e parental;
 - Atendimento, cuidado e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem - Atendimento integral de enfermagem.
- h. Inclui-se, exclusivamente, na Diária de Apartamento tipo A, tipo B, Especial e Suíte acomodação para 01 (um) acompanhante.
- i. Inclui-se, excepcionalmente, na diária de UTI:
- Utilização dos seguintes Equipamentos/Instrumentos Especiais: DESFIBRILADOR (CARDIOVERSOR), MONITOR CARDÍACO, ASPIRADOR, CAPACETE DE HOOD, BERÇO AQUECIDO, INCUBADORA e todos equipamento necessário para a realização da assistência ao paciente nesta acomodação de monitoramento contínuo.
 - Atendimento, cuidado e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem - Atendimento integral de enfermagem.
- j. A dieta prescrita, inclusive o jejum do paciente, não altera o valor da Diária.
- k. As despesas decorrentes de alimentação do acompanhante SÃO DE RESPONSABILIDADE DOS SOLICITANTES, sendo cobradas de acordo com as tabelas próprias de cada credenciado, salvo nos casos de acompanhantes de pacientes de idade maior ou igual a sessenta anos ou de acompanhantes de pacientes menores de dezoito anos de idade ou ainda de pacientes com necessidades especiais, que será paga conforme tabela constante do Termo de Credenciamento celebrado entre as partes.
- Inclui-se no valor da taxa de Sala de Observação a utilização do aposento e atendimento, cuidado e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem - Atendimento integral de enfermagem).
- l. O valor da taxa de Sala de Observação cobre uma permanência de até 6 (seis) horas. Havendo necessidade de prorrogação desse prazo, será cobrada hora excedente e está incluso nesta taxa o atendimento, cuidado e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem - Atendimento integral de enfermagem.
- m. Inclui-se no valor da utilização da sala de recuperação pós-anestésica a utilização do aposento e atendimento de enfermagem, atendimento, cuidado e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem - Atendimento integral de enfermagem.
- n. **Nas diárias, de um modo geral, ESTÃO INCLUÍDAS as taxas de uso de Equipamentos/Instrumentos Especiais, e os serviços profissionais pela manipulação dos mesmos e sua manutenção.**
- o. O somatório das diárias não poderá ser maior que o total de dias internados.

5. DAS TAXAS

Sala de Cirurgia

- a. Visa cobrir, exclusivamente, o custo do espaço físico, móveis e equipamentos permanentes da sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico básico, não cobrindo os Equipamentos/Instrumentos Especiais.
- b. Nas cirurgias infectadas, por acarretarem isolamento da sala, despesas adicionais de reestabilização, riscos de perda ou postergação de cirurgias subsequentes, as taxas de sala terão acréscimo de 100% (cem por cento) do seu valor (com laudo comprobatório da infecção).
- c. Em se tratando de pequenas cirurgias realizadas fora do centro cirúrgico, não deverá ser cobrada Taxa de Sala.
- d. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% (cem por cento) da taxa de maior porte.
- e. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias por vias de acesso diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% (cem por cento) da taxa de maior porte.
- f. Quando forem realizadas cirurgias de porte 0 (zero) no centro cirúrgico, a taxa de sala a ser cobrada será equivalente ao porte 1 (um) devidamente justificada pelo médico assistente.
- g. Quando o procedimento for realizado no consultório médico, não será admitida cobrança de taxa de sala.

Sala de Exames

- h. A taxa de sala de Exames e/ou Tratamentos Especializados visa cobrir, exclusivamente, o custo do espaço físico e acomodação para o paciente durante o exame e na recuperação (no pós exame).

Sala de Quimioterapia

- i. A taxa de sala de Quimioterapia visa cobrir o custo do preparo e manipulação de produtos quimioterápicos que requeiram ambiente e técnicas especiais.

Instrumentação Cirúrgica

- j. A taxa de Instrumentação Cirúrgica será cobrada na proporção de 10% (dez por cento) do valor do ato cirúrgico principal (100%), previsto na tabela, independentemente do tipo de acomodação utilizada pelo paciente, desde que a ocorrência do instrumentador seja registrada no respectivo Boletim Anestésico.

Pronto Socorro

- k. A taxa de Registro e Expediente em Pronto Socorro visa cobrir os custos de recepção, encaminhamento do paciente, abertura de prontuário ou ficha de atendimento, registros e anotações diversas, assim como todos os atendimentos de Pronto Socorro, EXCETO quando exclusivamente para consulta médica, ou gerar uma taxa de sala de observação, e nebulizações subsequentes no mesmo paciente.

Equipamentos de Vídeo

- l. A Taxa de Utilização de Equipamento (TUE) de procedimentos com vídeo (endoscópicos, laparoscópicos, laringoscópicos, broncoscópicos etc) inclui os materiais e medicamentos necessários à realização do exame.

6. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- a. Serão considerados especiais os atendimentos de emergência iniciados após as 19 horas até às 7 horas do dia seguinte, nos dias úteis e nos sábados, e em qualquer horário nos domingos e feriados.
- b. Nesses horários, todas as taxas previstas na presente Tabela terão acréscimo de 20% (vinte por cento), EXCETO a taxa de Registro e Expediente em Pronto socorro e Taxa de Admissão e Registro.
- c. Os gases medicinais serão cobrados com base nos valores constantes das Tabelas Referenciais – Taxas e Diárias Hospital Tipo A, B ou C (conforme classificação do Hospital), por hora indivisível, EXCETO para o oxigênio sob cateter utilizado para nebulização, que será cobrado na proporção de 15 (quinze) minutos para cada sessão, e será descontado na quantidade total das 24 h de oxigênio utilizado 01(uma) hora a cada 04 nebulizações de 15min.

COMPOSIÇÕES REGULATÓRIAS

INTERNAÇÃO DEFINIÇÕES

Apartamento: Acomodação composta de quarto individual com banheiro privativo, acomodação para um acompanhante, com geladeira, ar condicionado e telefone. Período indivisível de até 24 horas (com o mínimo de 12 horas para a diária inicial), em uma instituição hospitalar.

Unidade de Terapia Intensiva - UTI e UCO: acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, bem como os equipamentos necessários. Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a Portaria nº 3.432 de 12/08/98 do Ministério da Saúde, em vigor - (<http://www.saude.gov.br/saudelegis>).

Diária de Berçário - quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe-internada). Compreendem os itens previstos nas diárias de apartamento acrescido de Incubadora e Berço Aquecido.

Hospital-Dia: “É a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”. Referência : Disponível em <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/hospital-dia>.

Day Clinic caracteriza-se por permanência na acomodação apartamento no período superior a 6 horas até 12 horas.

Não haverá autorização de hospital dia em atendimentos oriundos de pronto socorro, o paciente admitido em pronto socorro que necessitar de internação, deverá admitido em diária de internação.

Isolamento: Alojamento especial para acomodação de pacientes que necessitam ser isolados por orientação médica devido ao seu quadro clínico ou perante recomendação da comissão de controle de infecção hospitalar. Para cobrança de Taxa de isolamento deve ser

apresentado a justificativa médica, com indicação do quadro clínico do paciente, no caso de COVID apresentar resultado positivado de exame.

1- Diárias globais:

Estão inclusos na composição das diárias de apartamento, UTI Geral, UTI Neonatal, UTI Infantil/neopediátrica;

- Leito com aposentos e móveis padronizados; Rouparia para o paciente e acompanhante (no caso de apartamento privativo com direito a acompanhante), conforme padrão interno; Higienizações e desinfecção do ambiente (insumos e serviços);
- Dieta enteral do paciente, por via oral ou não, incluindo as dietas enterais e parenterais industrializadas (via: sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia ou via oral);
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo; Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado); Preparo de corpo em caso de óbito;
- Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;
 - Taxa administrativa do hospital;
 - A taxa de Necrotério - custos de limpeza, conservação e utilização do espaço físico destinado a abrigar o corpo até a sua transferência para outro local.
 - A taxa de sala de autópsia/embalsamento - espaço físico, móveis e equipamentos permanentes de sala, esterilização e utilização do instrumental próprio, limpeza e conservação do local.

Serviços de enfermagem inclusos na composição das diárias de apartamento, UTI Geral, UTI Neonatal, UTI Infantil/neopediátrica:

- Prescrição/Anotação de Enfermagem;
- Preparo e administração de medicamentos e dietas; Controle de sinais vitais; Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca passo, dentre outros;
- Banho no leito, de imersão ou de aspersão;
- Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;
- Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente; Assepsia e antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis); Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- TUE-taxa de Utilização de Equipamentos, Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- Equipamento de Proteção Individual – (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro-pé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32. (base legal: NR6 , NR 9, NR 32). Paramentação (máscara, gorro, propé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente; Luvas de procedimentos e demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)

- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, dentífrico, sabonete e higienizante bucal.
- Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte.
- Também estão inclusos na composição e preço das diárias Gasoterapia, custo e manutenção de equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não como monitor cardíaco, monitor de pressão invasiva ou não, oxímetro, capnógrafo, ventilador mecânico (respirador), BIPAP/CPAP (se necessário), desfibrilador/cardioversor, nebulizador, aspirador e bomba de infusão;
- Serviço de enfermagem na realização do Eletrocardiograma;
- Todos os Materiais e medicamentos de uso comum (exceto os mencionados nas exclusões); EPI-Equipamentos de Proteção Individual; Dieta enteral; materiais Valvulados, perfuro cortantes com Dispositivo de segurança; Equipos.

Exclusões - Não está incluso nas diárias globais

- Honorários Médicos referente a procedimentos realizados nas unidades de internação;
- Honorários relacionados a procedimentos cirúrgicos (cirurgião, auxiliares, anestesia e instrumentador);
- Visitas, pareceres médicos, honorário médico de nutrólogo, plantonistas e intensivistas;
- SADT-Serviços de Diagnostico e terapias;
- Diálises e hemodiálises, sangue e hemoderivados;
- Medicamentos quimioterápicos;
- Medicamentos especiais (imunobiológicos, dentre outros que possuem indicação específica e DUT (diretriz de utilização conforme ANS (Agência Nacional de Saúde));
- OPME-Órtese, prótese e materiais especiais;

Orientações Gerais:

- Em véspera de Cirurgia, não se justifica a internação por fatores sociais, como preparo para cirurgia, dificuldade de deslocamento e/ou acomodação;
- No caso de complicação pós cirúrgica ou evolução para unidade de UTI, deverá ser apresentado relatório médico detalhado, exames clínicos e de imagem para análise do convênio;
- Para utilização dos medicamentos que não compõe a diária, deverá ser solicitado autorização prévia à unidade CONAB/PR, sendo enviado formulário de medicamentos especiais preenchido com carimbo e assinatura médica, resultados de exames, evolução clínica e justificativa médica para indicação;

2 - Portes Cirúrgicos- Os pacotes cirúrgicos que possuem diárias em sua composição, somente serão utilizados para realização de procedimentos eletivos. Para estes procedimentos, quando realizado durante internação, será faturado as diárias acrescidas do porte cirúrgico do procedimento. Os demais pacotes que não possuem diária inclusa, serão utilizados em regime ambulatorial e de internação;

Estão inclusos na composição dos Portes Cirúrgicos:

- Toda higienização da sala e rouparia utilizada;
- Todos os materiais (exceto OPME), necessários para realização do procedimento (compressas grandes e pequenas, materiais utilizados com finalidade de proteção individual e coletiva, luvas de procedimentos, máscaras, aventais, álcool, álcool iodado e demais produtos utilizados para o mesmo fim;
- Instrumentação cirúrgica, serviços de enfermagem (controle de sinais vitais, tricotomia, retirada de pontos, locomoção do paciente, assepsia, antisepsia), ventilador mecânico (respirador), monitores, bomba de infusão, aspiradores, oxímetro, capnógrafo, cardioversor, instalação de oxigênio (exceto a gás), demais serviços, instrumentais, equipamentos necessários à realização do procedimento e da anestesia. Intensificador de imagem; equipe multidisciplinar, eletrocardiograma, serra elétrica Stryker, bisturi elétrico, máquina circulação extracorpórea, aquecedores.
- Gás medicinal, custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não, EPI (equipamento de proteção individual), intensificador de imagem, materiais e medicamentos em geral e demais custos necessários ao tratamento do paciente nesta unidade hospitalar;
- Quando necessária realização de mais de um procedimento simultaneamente, será remunerado somente o valor do porte cirúrgico do procedimento principal.
- Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte.

Não está incluso nos portes de sala:

- Honorários Médicos e Honorário de Anestesista;
- Sangue, hemoderivados ou Hemocomponentes,
- SADT-Serviços Auxiliares de Diagnostico e Terapias; Exames laboratoriais e de imagem;
- OPME-Órteses, Próteses, Materiais e Medicamentos especiais;

PACOTE DE CONSULTA EM PRONTO SOCORRO – Cód. 10101039

Itens Inclusos:

- Todo atendimento médico, Instalações e atendimentos de enfermagem (curativos, gesso, colocação de tala, aplicação de medicamentos e soros) e pequenos procedimentos, dieta do paciente;
- Higienização e preparo dos consultórios médicos e sala de observação, nebulização, assistência de enfermagem, refeições do paciente, material descartável, gases medicinais, custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não, EPI (equipamento de proteção individual), nutrição e dietas enterais/parenterais (especiais), materiais e medicamentos em geral, gesso, tala gessada e demais custos necessários ao tratamento do paciente nesta unidade hospitalar;
- Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte.

Itens Excluídos:

- SADT-serviços de diagnóstico e terapia (exames de imagem, hemodinâmica, endoscopia e colonoscopia, fisioterapia, laboratório de patologia, hemodiálise, broncoscopia, fonoaudiologia);
- OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais;
- Sangue e hemoderivados;
- Troca de Sonda de Gastrostomia;
- Aplicação de medicação externa;

Observações:

- O pacote contempla eventuais retornos na mesma data e com mesmo CID para o mesmo paciente em até 24 horas;
- O atendimento em Pronto Socorro contempla serviços próprios e de terceiros;
- Não poderá haver atendimento no pronto socorro para pacientes advindos de demanda externa (exemplo: paciente com pedidos externo para realização de Raio-x). Neste caso, deverá ser agendado eletivo nos serviços próprios;
- A internação do paciente não descaracteriza a cobrança do Atendimento em Pronto socorro.
- As taxas de curativo não podem ser cobradas concomitante ao pacote de pronto socorro; Somente irá ser utilizada para os casos em que o paciente necessita apenas de curativo em pronto socorro.

SADT E HONORARIOS

Serviços ambulatoriais, serviços auxiliares de diagnose/terapia e honorários médicos: Os serviços não inclusos nas taxas ou nos pacotes informados neste instrumento contratual serão remunerados de acordo com o ANEXO VIII - TABELAS REFERENCIAIS.

PACOTES CIRÚRGICOS E DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Os pacotes serão remunerados conforme critérios, composição e valores abaixo:

1-Pacotes Cirúrgicos

Termo	Descrição	Quantidade de Diárias inclusas
31303188	Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	01 Diária
31103332	Incontinência urinária - "sling" vaginal ou abdominal	02 Diárias
31305016	Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral	01 diária
31309127	Parto (via vaginal)	02 diárias + 02 Berçário
31309054	Cesariana	02 Diárias + 02 Berçário
UROLOGIA		
Termo	Descrição	Quantidade de Diárias inclusas
31203043	Hidrocele unilateral - correção cirúrgica	01 Hospital Dia
31201113	Prostatovesiculectomia radical	03 Diárias
31201148	Prostatovesiculectomia radical laparoscópica	02 Diárias
31102360	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral	01 Hospital Dia
CIRURGIA GERAL/GASTRO		
Termo	Descrição	Quantidade de Diárias inclusas
31003583	Apendicectomia por videolaparoscopia	01 Diária
ANGIOLOGIA		
Termo	Descrição	Quantidade de Diárias inclusas
30907136	Varizes Bilaterais	01 Hospital Dia
30907144	Varizes Unilaterais	01 Hospital Dia

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES

Itens Inclusos	Itens Não Inclusos
<p>Todos os materiais necessários; Todos os Medicamentos necessários; Porte de sala cirúrgico; Permanência/diárias indicadas na coluna "Quantidade de Diárias inclusas"; Dietas, rouparia e cuidados de enfermagem; Visita médica; Gasometria Todas as taxas de sala, taxas administrativas, taxas de vídeo e TUE- Taxa de Utilização de Equipamentos; Incluso as OPME-Órtese, prótese e material especial, EXCETO* para o material sling utilizado no procedimento 31103332, que deverá ser autorizado de forma apartada;</p>	<p>Hemoterapia; SADT-Serviços de Diagnostico e Terapias; Honorários Médicos (cirurgião e auxiliares); Anestesia; OPME- OPME-Órtese, prótese e material especial</p>

OBSERVAÇÕES:

- Quando necessária realização de mais de um pacote concomitantemente, somente será remunerado 100% do valor do procedimento de maior porte e **30%** do valor dos demais pacotes;
- Quando o procedimento realizado não possuir pacote cirúrgico acordado, será remunerado de acordo com o porte cirúrgico e as diárias globais;
- Ultrapassado o período de permanência de pacote, e havendo justificativa de intercorrência, será cobrado a diária semiglobal e portes cirúrgicos se necessários novos procedimentos.

PACOTES DE HEMODINÂMICA

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE HEMODINAMICA

1. **CATETERISMO – (3.09.11.079; 3.09.11.087; 3.09.11.044; 3.09.11.060; 3.09.1.1.052; 3.09.11.095)**

Itens contemplados:

- Todos os Materiais descartáveis e Especiais (cateteres e guias diversos, dome de pressão, conectores, manifold, rotor, agulhas, introdutores, extensores, filme etc).
- Porte de sala cirúrgico;
- Todos os Medicamentos, Contrastes; taxa de sala,
- Não será remunerado mais de um pacote de cateterismo por procedimento cirúrgico, independentemente da quantidade de códigos autorizados.

1. **ANGIOGRAFIA, AORTOGRAFIA– (4.08.12.049; 4.08.12.022; 4.08.12.030, 4.08.12.057, 4.08.12.014)**

Itens Contemplados:

- Diárias;
- Todos os Materiais descartáveis e Especiais (Ex cateteres e guias diversos, dome de pressão, manifold, agulhas, conectores, introdutores, extensores, filme);
- Todos os Medicamentos; Contraste; taxa de sala ;
- Porte de sala cirúrgico;
- Não será remunerado mais de um pacote de por procedimento cirúrgico, independentemente da quantidade de códigos autorizados.
- Serviços e taxas administrativas (serviço de enfermagem, registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte.

1. **ANGIOPLASTIA – (3.09.12.040; 3.09.12.032; 3.09.12.105)**

Itens Contemplados:

- Diárias;

- Todos os Materiais descartáveis e Especiais (Ex cateteres e fio guia diversos, dome de pressão, conectores, introdutores, extensores, indeflator, manifold, easycath, rotor, filme, etc...); Todos os Medicamentos; Contraste;
- Porte de sala cirúrgico;
- Todas as taxas (bandejas, taxa de sala, taxas de equipamentos, monitores e poligrafo, serviço de enfermagem);
- gases medicinais; Gasoterapia;
- Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós morte.

Itens não contemplados nos pacotes:

- Hemoderivados;
- Honorários médicos e de anestesiologia;
- SADT-Serviços de Diagnostico e Terapia.

DISPOSIÇÕES GERAIS:

1. Caso haja a necessidade justificada em realizar outros procedimentos concomitantemente, este último será remunerado à parte.
2. Somente, serão remunerados procedimentos autorizados previamente nos códigos das cirurgias acima;
3. Quando houver necessidade da utilização de Stent convencional ou farmacológico, em procedimento eletivo, deve ser solicitado à CONAB, com **21 dias de antecedência** para liberação do uso do material, encaminhando o orçamento de 03 fornecedores como descrito pela ANS (agência Nacional de Saúde);
4. Os profissionais se comprometem a respeitar e cumprir as determinações da ANS - Agência nacional de saúde, quanto aos prazos para atendimento, Rol de cobertura e suas diretrizes de utilização;
5. A contratada e seus sócios se comprometem a utilizar os materiais acordados entre a operadora e as hemodinâmicas, respeitando a Resolução nº 1.956/2010 do CFM, e não incorporando inovação tecnológica nos materiais utilizados;
6. O pacote poderá ser utilizado em regime ambulatorial e de internação;

PACOTES DE HEMODIÁLISE

PACOTE - HEMODIALISE	
Termo	Descrição
3.09.09.03 1	Hemodiálise Crônica (Por Sessão)
3.09.09.14 7	Hemodepuração De Casos Agudos (Sessão Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração Isolada, Plasmaferese Ou Hemoperfusão) Até 12 Horas
3.09.13.01 2	Implante De Cateter Venoso Central Por Punção, Para Npp, Qt, Hemodepuração Ou Para Infusão De Soros/Drogas
3.10.08.01 1	Diálise Peritoneal Intermitente Agudo Ou Crônico (Por Sessão)
3.10.08.02 0	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (Capd) 9 Dias Treinamento
3.10.08.03	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (Capd) Por Mês/Paciente

8	
3.09.09.13 9	Hemodepuração De Casos Agudos (Sessão Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração Isolada, Plasmaferese Ou Hemoperfusão)

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES-HEMODIALISE	
Itens Incluídos	Itens Não Incluídos
Todos os materiais necessários; Todos os Medicamentos necessários; Sala de observação e recuperação; Honorários médicos e cuidados de enfermagem; Incluso as OPME-Órtese, prótese e Material Especial, Todas as taxas de sala, taxas administrativas, e TUE-Taxa de Utilização de Equipamentos;	Hemoterapia; SADT-Serviços de Diagnostico e Terapias; Anestesia;

Observações:

- Todos os dialisadores e linhas utilizados no tratamento dialítico devem estar registrados na Anvisa. Não é permitida a cobrança de Kits descartáveis, salvo em casos especiais com justificativa e autorização previa da CONAB.
- Para pacientes soropositivos (HIV e portadores de hepatite), não é permitido o reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas, devendo ser abonado um único conjunto para cada sessão. Nestes casos deverá ser cobrado conta aberta, não sendo utilizado o faturamento na forma de pacotes. A solicitação de autorização deve ser previa para estes casos.
- Somente, serão remunerados procedimentos autorizados previamente nos códigos das cirurgias acima.

PACOTES DE HEMOTERAPIA

Termo	Descrição
40402045	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
	Composição
40402045	Unidade de concentrado de hemácias
40403661	S.hepatite b (hbsag) rie ou eie por componente hemoterápico
40403629	S.chagas ha por componente hemoterápico
40403181	Grupo sanguíneo abo e rh - gel teste
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
40403467	S. Hepatite b anti-hbc por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403416	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste
40403602	S. Sífilis vdrl por componente hemoterápico
40403840	Transaminase pirúvica - tgp ou alt por componente hemoterápico
40403440	S. Chagas eie por componente hemoterápico
40403483	S. Hepatite c anti-hcv por componente hemoterápico
40403424	S. Anti-htlv-i + htlv-ii (determinação conjunta) por componente hemoterápico
40403106	Eletroforese de hemoglobina por hemocomponente
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico

40403890	NAT / HBV - por componente hemoterápico
Termo	Descrição
40402053	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS
Composição	
40402053	Unidade De Concentrado De Hemácias Lavadas
40403661	S.Hepatite B (Hbsag) Rie Ou Eie Por Componente Hemoterápico
40403629	S.Chagas Ha Por Componente Hemoterápico
40403181	Grupo Sanguíneo Abo E Rh - Gel Teste
40403351	Pesquisa De Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários - Gel Teste
40403467	S. Hepatite B Anti-Hbc Por Componente Hemoterápico
40403505	S. Hiv - Eie Por Componente Hemoterápico
40403505	S. Hiv - Eie Por Componente Hemoterápico
40403416	Prova De Compatibilidade Pré-Transfusional Completa - Gel Teste
40403602	S. Sífilis Vdrl Por Componente Hemoterápico
40403840	Transaminase Pirúvica - Tgp Ou Alt Por Componente Hemoterápico
40403440	S. Chagas Eie Por Componente Hemoterápico
40403483	S. Hepatite C Anti-Hcv Por Componente Hemoterápico
40403424	S. Anti-Htlv-I + Htlv-Ii (Determinação Conjunta) por Componente Hemoterápico
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico
40403890	NAT / HBV - por componente hemoterápico
Termo	Descrição
40402070	CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS
Composição	
40402070	Unidade de concentrado de plaquetas randômicas
40403661	S.hepatite b (hbsag) rie ou eie por componente hemoterápico
40403629	S.chagas ha por componente hemoterápico
40403181	Grupo sanguíneo abo e rh - gel teste
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
40403467	S. Hepatite b anti-hbc por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403602	S. Sífilis vdrl por componente hemoterápico
40403840	Transaminase pirúvica - tgp ou alt por componente hemoterápico
40403440	S. Chagas eie por componente hemoterápico
40403483	S. Hepatite c anti-hcv por componente hemoterápico
40403424	S. Anti-htlv-i + htlv-ii (determinação conjunta) por componente hemoterápico
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico
40403890	NAT / HBV - por componente hemoterápico
Termo	Descrição
40402088	CRIOPRECIPITADO
Composição	
40402088	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico
40403661	S.hepatite b (hbsag) rie ou eie por componente hemoterápico
40403629	S.chagas ha por componente hemoterápico
40403181	Grupo sanguíneo abo e rh - gel teste
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
40403467	S. Hepatite b anti-hbc por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403602	S. Sífilis vdrl por componente hemoterápico
40403840	Transaminase pirúvica - tgp ou alt por componente hemoterápico
40403440	S. Chagas eie por componente hemoterápico

40403483	S. Hepatite c anti-hcv por componente hemoterápico
40403424	S. Anti-htlv-i + htlv-ii (determinação conjunta) por componente hemoterápico
Termo	Descrição
40402096	UNIDADE DE PLASMA
Composição	
40402096	Unidade de plasma
40403661	S.hepatite b (hbsag) rie ou eie por componente hemoterápico
40403629	S.chagas ha por componente hemoterápico
40403181	Grupo sanguíneo abo e rh - gel teste
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
40403467	S. Hepatite b anti-hbc por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403505	S. Hiv - eie por componente hemoterápico
40403602	S. Sífilis vdrl por componente hemoterápico
40403840	Transaminase pirúvica - tgp ou alt por componente hemoterápico
40403440	S. Chagas eie por componente hemoterápico
40403483	S. Hepatite c anti-hcv por componente hemoterápico
40403424	S. Anti-htlv-i + htlv-ii (determinação conjunta) por componente hemoterápico
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico
40403890	NAT / HBV - por componente hemoterápico
Termo	Descrição
40402037	SANGRIA TERAPÊUTICA
Composição	
40402037	Sangria terapêutica
40401014	Transfusão (ato médico ambulatorial de responsabilidade)
Termo	Descrição
40402061	PLAQUETAS POR AFÉRESE (INDEPENDENTE SE FOR ADULTO OU CRIANÇA)
Composição	
40402061	Unidade de concentrado de plaquetas por aférese
40403300	Operação de processadora automática de sangue em aférese
40403670	S.hepatite b (hbsag) rie ou eie por unidade de sangue total
40403475	S.hepatite b anti-hbc por unidade de sangue total
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
40403637	S.chagas ha por unidade de sangue total
40403181	Grupo sanguíneo abo e rh - gel teste
40403513	S. Hiv - eie por unidade de sangue total
40403513	S. Hiv - eie por unidade de sangue total
40403610	S. Sífilis vdrl por unidade de sangue total
40403858	Transaminase pirúvica - tgp ou alt por unidade de sangue total
40403459	S. Chagas eie por unidade de sangue total
40403491	S. Hepatite c anti-hcv por unidade de sangue total
40403432	S. Anti-htlv-i + htlv-ii (determinação conjunta) por unidade de sangue total
40402029	Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico
40403890	NAT / HBV - por componente hemoterápico
Termo	Descrição
4.04.03.300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM AFÉRESE
Composição	
40403300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM

	AFÉRESE
40402029	Material descartavel (Kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/afereze
DOTAÇÕES	
40402118	Deleucotização de Hemácias
40402142	Deleucotização de Plaquetas
COMPOSIÇÃO	
Todos os Códigos	<p>INCLUI: Todos os materiais e medicamentos necessários para realização do procedimento; Honorários; porte de sala; Todas as taxas necessárias; UCO - Unidade de Custo Operacional, Filme e Contrastes necessários para realização do procedimento.</p> <p>Observação: a quantidade de exames descritas é por hemocomponente prescrito, checado, evoluído e com etiqueta de identificação da bolsa identificada em prontuário.</p>

PACOTES DE RADIODIAGNÓSTICO

PACOTES - EXAMES DE IMAGEM	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
Termo	Descrição
41001095	TC - Abdome total/ superior / pelve / retroperitônio
41001109	TC - Abdome inferior ou superior
41001010	TC - Crânio
41001168	Angiotomografia pescoço
41001419	Angiotomografia arterial de tórax
41001370	Angiotomografia arterial de cranio
41001389	Angiotomografia venosa de cranio
41001397	Angiotomografia arterial de pescoço
41001400	Angiotomografia venosa de pescoço
41001427	Angiotomografia venosa de torax
41001435	Angiotomografia arterial de abdome superior
41001451	Angiotomografia arterial de abdome superior
41001184	Angiotomografia aorta abdominal
41001460	Angiotomografia venosa de pelve
41001478	Angiotomografia arterial de membro inferior
41001516	Angiotomografia arterial pulmonar
41001176	Angiotomografia aorta abdominal
41001028	Mastóides ou ouvidos
41001117	TC- Pelve(abd inferior/ prostata)
41001060	TC - Pescoço (partes moles)
41001079	TC - Tórax
41001010	TC - Hipófise
41001044	TC - Articulações temporo mandibular
41001141	TC - Articulação (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo) - unilateral
41001125	TC - Col cervical/ dorsal/ lombar até 3 seg
41001133	TC - Coluna cerv/dorsal/lom/ seg adic
41001036	TC - Seios face/artic tempmandib
41001117	TC - Bacia(osso; fratura;trauma)
41001150	TC - Segmentos apendic (mmi e mms)
41001273	TC - Mandíbula

41001117 TC - Pelve

COMPOSIÇÃO

Todos os Códigos **INCLUI:** Todos os materiais e medicamentos necessários para realização do procedimento; Honorários; porte de sala; Todas as taxas necessárias; UCO - Unidade de Custo Operacional, Filme e Contrastes necessários para realização do procedimento.

Observação: Para todos os procedimentos remunerados por "pacote", onde os insumos estão incluídos, se aplica a regra de pagamento de 100/70% quando realizados mais de um procedimento simultaneamente.

MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTOS:

TERMO	DESCRIÇÃO	APRESENTAÇÃO
90364848	IMUNOGLOBULIN	50 MG/ML SOL INJ CT FA VD INC X 20 ML
90373871	IMUNOGLOBULIN	50 MG/ML SOL INJ CX 10 FA VD INC X 100 ML
90031776	IMUNOGLOBULIN	50 MG/ML SOL INJ CT FA VD INC X 100 ML + KIT INFUS
90364937	IMUNOGLOBULIN	50 MG/ML SOL INJ CT FA VD INC X 100 ML
90344235	ABELCET	5 MG/ML SUS INJ IV CT FA VD TRANS X 20 ML + AGU
90485467	THYMOGLOBULINE	25 MG PO LIOF INJ CT FA VD INC
90416619	ENDOBULIN KIOVIG	0,1 G/ML SOL INJ CT 1 FA VD INC X 50 ML
90416600	ENDOBULIN KIOVIG	0,1 G/ML SOL INJ CT 1 FA VD INC X 25 ML
90020189	ENDOBULIN KIOVIG	0,1 G/ML SOL INJ CT 1 FA VD INC X 50 ML
90020170	ENDOBULIN KIOVIG	0,1 G/ML SOL INJ CT 1 FA VD INC X 25 ML
90049055	SANDOGLOBULINA	6 G PÓ LIOF INJ CT FA VD INC + FA VD INC DIL X 200 ML + EQP INFUS

TABELA : PF+10% - necessitam de liberação prévia com formulário de medicamentos especiais preenchido.

MEDICAMENTOS DE PARA- REFERÊNCIA PMC

Código DE	Descrição	Código	Descrição PARA	Laboratório	Tipo
90246764	Avalox 400mg VO	90349407	Clor. De Moxifloxacino	Eurofarma	PMC
90131282	Citalor 20mg comp	90336038	Atorvastatina calcica 20mg comp	Eurofarma	PMC
90131304	Citalor 40mg comp	90336046	Atorvastatina calcica 40mg comp	Eurofarma	PMC
90148142	Diprospan 5mg/ml+2mg/ml	90336127	Dipropionato de betametasona + sulfato dissodico de beta	Eurofarma	PMC
90363264	Flucocin 150mg caps	90363272	Fluconazol caps 150mg	Medley	PMC
90132327	Liptor 80mg	90300467	Atorvastatina calcica	Neo Química	PMC
90132262	Liptor 100mg	90336038	Atorvastatina calcica	Eurofarma	PMC
90132319	Liptor 40mg	90336046	Atorvastatina calcica	Eurofarma	PMC
90174534	Pantozol comp 40mg	90251806	Pantoprazol 40mg comp cx c\ 28	Eurofarma	PMC
90196325	Plavix 75mg	90348532	Bissulfato de Clopidogrel 75mg	Neo	PMC

	Comp		Comp cx 28 cprs. rev	Química	
90016360	Seroquel 25mg comp	90364066	Hemifumarato de quetiapina 25mg comp	Eurofarma	PMC
90016327	Seroquel 100mg comp	90363981	Hemifumarato de quetiapina 100mg comp	Eurofarma	PMC
90133676	Vfend 200mg comp	90326148	Voriconazol 200mg comp Cx c/ 30	Accord	PMC
90133870	Zitromax 500mg comp	90317718	Azitromicina Dihidratada	Medquimica	PMC

MEDICAMENTOS - BRASÍNDICE PREÇO DE FÁBRICA + 35%

Código DE	Descrição	Código PARA	Descrição	Laboratório	Tip o
90246772	Avalox 450mg/250ml	90303784	Clor. De Moxifloxacino	Eurofarma	PF
90104617	Cipro 2mg/ml bolsa 100ml	90094557	Ciprofloxacino 2mg/ml bolsa 100ml	Halex Istar	PF
90327438	Cipro 2mg/ml bolsa 200ml	90094565	Ciprofloxacino 2mg/ml bolsa 200ml	Halex Istar	PF
90088794	Clavulin IV 1g+200mg	90066006	Amoxicilina 1g+clavunato de potássio 200mg	Eurofarma	PF
90217853	Digesan	90206967	Bromoprida 5 MG/ML SOL INJ CT 50 AMP X 2ML	União Química	PF
90208129	Digestina	90206967	Bromoprida 5 MG/ML SOL INJ CT 50 AMP X 2ML	União Química	PF
90045904	Dormire 1mg/ml amp 5ml	90312570	Midazolam 1mg/ml amp 5ml	Teuto	PF
90208250	Dormium 1mg/ml amp 5ml	90312570	Midazolam 1mg/ml amp 5ml	Teuto	PF
90184351	Dormonid 5mg/ml amp 10ml	90069587	Midazolam 50mg/10ml Amp	Eurofarma	PF
90195132	Flagyl 5mg/ml bolsa 100ml	90310977	Metronidazol 5mg/ml bolsa 100ml	Isofarma	PF
90099672	Hyponor 2mg/ml Sol Inj Amp 4ml	90227832	Hemitartarato de Norepinefrina 2mg/ml Sol Inj Amp 4ml	Hypofarma	PF
90008332	Kefazol 1g PO Inj CT 50 FA	90338383	Cefazolina Sódica 1g 50 FA	Biochimico	PF
90008480	kefron 1g PO INJ 10ml	90303172	Ceftriaxona 1g 50FA	Eurofarma	PF
90000811	Klaricid 500mg PO Liof FA	90007697	Claritromicina 500mg IV Inj	ABL	PF
90257456	Levotac 5mg/ml sol inj IV bolsa 100ml	90095430	Levofloxacino 5mg/ml sol inj IV bolsa 100ml	Halex Istar	PF
90015975	Meropenem 1000mg+ bolsa 100ml	90069498	Meropenem 1G + Bolsa	Eurofarma	PF
90015975	Meropenem 500mg PO Inj FA	90069501	Meropenem 500mg 50 FA	Eurofarma	PF
90099664	Norepine 8mg\4ml (hypofarma)	90227832	Hemitartarato de Norepinefrina 2mg/ml Sol Inj Amp 4ml	Hypofarma	PF
90047516	Nubain 10mg sol inj	90338170	Clor. De Nalbufina 10mg sol	Hipolabor	PF

	amp 1ml		inj amp 1ml		
90070194	Pantocal 40mg FA	90070240	Pantoprazol 40mg FA	Eurofarma	PF
90047745	Propovan 10mg/ml amp 20ml	90015738	Diprivan 1% 10 mg/ml emu inj ct 5 amp vd trans X 20 ml	Astrozeneca	PF
90196503	Profenid IV 100mg PO Liof	90067126	Cetoprofeno IV	Eurofarma	PF
90185048	Rocefin IV 1g FA	90303172	Ceftriaxona 1g 50FA	Eurofarma	PF
90048016	Rocuron 10mg/ml Sol Inj FA 5ml	90066758	Brometo de Rocurario	Eurofarma	PF
90048040	Ropi 0,75% amp 20 ml	90067843	Clor. Ropivacaína 0,75% amp 20 ml	Eurofarma	PF
90048075	Sevocris	90103025	Sevoflurano fr c/ 250ml	Biochimico	PF
90330463	Sevorane fr c/ 100ml	90103025	Sevoflurano fr c/ 250ml	Biochimico	PF
90214269	Tazocin FA 4,5g	90071247	Piperacilina sódica + Tazobactan sódico	Eurofarma	PF
90210018	Teflan 20mg PO Lioj inj	90048253	Tenoxicam 20mg po lioj inj	Cristália	PF
90048431	Tramadol 50mg/ml sol inj Amp 2ml	90290399	Clor. Tramadol 50mg/ml amp 2 ml	Halex Istar	PF
90324900	Transamin 5 PCC SOL INJ 5 AMP 5 ML	90269993	Ácido tranexamico	Hipolabor	PF
90090225	Ultiva 2mg PO LIOF INJ	90302613	Clor. Remifentanila	Cristália	PF
90008804	Vancocina CP 500mg FA	90347137	Cloridrato de Vancomicina 500mg FA	ABL	PF
90090861	Zofran 4mg amp c/ 2ml (2mg/ml)	90094816	Clor. De Ondansetrona 2mg/ml - 2ml	Halex Istar	PF
90134001	Zoltec 200mg/100ml bolsa	90104650	Fluconazol 2mg/ml bolsa 100ml	Isofarma	PF
90134010	Zyvox 600mg/300ml inj bolsa	90336330	Linezolida 2mg/ml sol inj bolsa 300ml	Eurofarma	PF

REGRAS PARA MEDICAMENTOS “DE” “PARA” BRASÍNDICE PREÇO DE FÁBRICA + 35%

Tabela de Medicamentos “DE” “PARA”: Terá o seu valor reajustado de acordo com a atualização da revista BRASÍNDICE, sem prejuízo do acréscimo já acordado, ou seja, ou seja, Brasíndice PF + 35%.

Os Medicamentos PF, Oncológicos e Dietas Enterais/Parenterais não constantes na tabela “DE” “PARA” serão valorados de acordo com a lista referencial de preços que constitui a Brasíndice PF + 35%, prevalecendo o mais atualizado, e correspondente ao tipo (Marca) dos produtos efetivamente utilizados no hospital.

Os Medicamentos que originalmente faziam parte da Brasíndice e deixarem de constar nesta revista serão remunerados de acordo com a última edição em que o item foi publicado na referida revista sem prejuízo dos acréscimos já acordados.

Quando novos medicamentos, que não eram utilizados de maneira rotineira e forem inseridos no mercado, desde que aprovados pela ANS e ANVISA, eles serão cobrados conforme tabelas estabelecidas neste documento.

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Código DE	Descrição	Código PARA	Descrição
70142327	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G14	70851808	Cateter Perif Poliuretano Insyte 14g
70142335	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G16	70851816	Cateter Perif Poliuretano Insyte 16g
70142343	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G18	70800804	Cateter Perif Poliuretano Insyte 18g
70142360	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G20	70851824	Cateter Perif Poliuretano Insyte 20g
70142378	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G22	70851840	Cateter Perif Poliuretano Insyte 22g
70142378	Cateter Venoso Perif Pur Disp Segur Introcan Safety G24	70851832	Cateter Perif Poliuretano Insyte 24g
48140	Eletrodo Descartável para Eletrocardiograma	71484159	Eletrodo Para Monitorização
261490	Lancetas Segurança Prestige Suave 28ga	261491	Lanceta Prestige Suave
256579	Tiras P/Teste Glicose freestyle Precision Pro	273772	Tira Glicose Teste Glicemia

MATERIAIS DESCARTÁVEIS: SIMPRO +20%

Tabela de Material “DE” “PARA”: Terá o seu valor reajustado de acordo com a atualização da revista SIMPRO, sem prejuízo do acréscimo já acordado, ou seja, Simpro + 20%.

Os Materiais descartáveis não constantes na tabela “DE” “PARA” serão valorados de acordo com a lista referencial de preços que constitui o SIMPRO PREÇO DE FABRICA acrescido de 20% (Vinte por cento), prevalecendo o mais atualizado, e correspondente ao tipo (Marca) dos produtos efetivamente utilizados no hospital.

Os Materiais que originalmente faziam parte da SIMPRO e deixarem de constar nesta revista serão remunerados de acordo com a última edição em que o item foi publicado na referida revista sem prejuízo dos acréscimos já acordados.

Quando novos materiais, que não eram utilizados de maneira rotineira e forem inseridos no mercado, desde que aprovados pela ANS e ANVISA, eles serão cobrados conforme tabelas estabelecidas neste documento, e deverá ter análise de pertinência técnica pela auditoria médica e de enfermagem para a inclusão dessa nova tecnologia na assistência prestada ao participante CONAB.

Os materiais descartáveis, medicamentos e outros produtos que NUNCA constaram nas tabelas acordadas (BRASÍNDICE e SIMPRO), serão objeto de apresentação de nota fiscal de compra, sendo acrescido ao valor de aquisição o percentual de 35%

PROTOCOLO ONCOLOGIA

MEDICAMENTOS

Os medicamentos Comuns, Oncológicos, Monoclonais e Imunobiológicos serão cobrados de acordo com preço de fábrica constante na “Revista Brasíndice” - PF (preço de fábrica) de A à Z, com acréscimo de (+)10% (dez por cento), relativo à taxa de serviço (seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos) ou gestão dos medicamentos.

A dispensação de quimioterápicos deve ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso racional e correto destes medicamentos. A manipulação e fracionamento da terapia antineoplásica deve seguir as determinações da RDC nº 67/e da nº 220/2004 da ANVISA.

Os medicamentos oncológicos com estabilidade descrita em bula será preferencialmente pago em miligramas, para a efetiva utilização dos frascos de quimioterápicos e dentro das regras de manipulação e fracionamento da terapia antineoplásica deve seguir as determinações da RDC nº 67/e da nº 220/2004 da ANVISA.

Lista de medicamentos fracionáveis:

Princípio Ativo	
Acido Folinico	Fluoruracila
Bevacizumabe	Folinato De Cálcio
Carboplatina	Gencitabina
Cetuximabe	Ifosfamida
Princípio Ativo	
Ciclofosfamida	Irinotecano
Cisplatina	Metotrexato
Citarabina	Oxaliplatina
Cladribina	Paclitaxel
Cloridrato De Daunorrubicina	Pamidronato Dissódico
Cloridrato De Doxorrubicina	Rituximabe
Cloridrato De Epirubicina	Sulfato De Vincristina
Cloridrato De Idarrubicina	Tartarato De Vinorelbina
Cloridrato De Irinotecano	Trastuzumabe
Cloridrato De Mitoxantrona	Vimblastina
Docetaxel	Vincristina
Doxorrubicina	
Etoposídeo	
Fauldcita	

Os atendimentos oncológicos devem ser solicitados previamente à Auditoria da CONAB e realizados observando os prazos de atendimentos estabelecidos pela Resolução Normativa 259 da ANS. Nesta linha, procedimentos de terapia ambulatorial devem ser solicitados com antecedência de 10 (dez) dias úteis da data do atendimento.

Tratamentos considerados Off-Label (sem aprovação da ANVISA para a indicação solicitada), não previsto no Rol da Agência Nacional de Saúde e com uso de medicamentos sem registro ativo na ANVISA estão excluídos de cobertura. **As partes se comprometem a discutir previamente o uso de novos protocolos/medicamentos ou de casos eventuais não previstos em literatura, devendo o custo do referido tratamento, se aprovado, ser**

tratado pontualmente, não estando assim admitido automaticamente pelo contrato/tabela.

O uso de medicamentos não negociados e não aprovados previamente pela Auditoria da CONAB será de total responsabilidade do CONTRATADO.

Medicamentos especiais, devem ser solicitadas previamente à CONAB, nos casos de procedimentos eletivos, com antecedência mínima de 21 (cinco) dias úteis da data do procedimento e a Empresa autorizará num prazo de até 15 (dois) dias úteis anteriores à realização do evento, mediante a apresentação de toda a documentação necessária à avaliação e com a informação da data provável de aplicação.

Na conta deverá constar o código e a marca da medicação. Caso não conste a marca, o valor a ser pago será o de menor preço encontrado na “Revista Brasíndice”.

PROCOLOS

MAMA

1. **Neoadjuvância**
2. **RH + HER2 - / Luminal**

1.1.a Quimioterapia

AC-Tsem:

AC (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) seguido de paclitaxel semanal (80 mg/m²) por 12 semanas

AC-D:

AC (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) seguido de docetaxel (75 mg/m²) a cada 21 dias (4 ciclos).

1.1.b Hormonioterapia

Em situações muito selecionadas, serão empregados os protocolos utilizados na adjuvância.

1. **Triplo negativo**

AC-Tsem

AC (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) seguido de paclitaxel semanal (80 mg/m²) por 12 semanas

AC –D21/21

AC (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) seguido de docetaxel (75 mg/m²) a cada 21 dias (4 ciclos).

AC- T+C

AC (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) seguido de paclitaxel semanal (80 mg/m²) por 12 semanas associado a carboplatina (AUC 2) semanal (12 semanas)

ACdd-Tsem

AC dose densa (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²; filgrastim 300 mcg SC D3-D10) D1 a cada 15 dias (4 ciclos), seguido de paclitaxel semanal (80 mg/m²) por 12 semanas

Em caso de necessidade de uso de dose densa, em pacientes com axila positiva, recomendado uso de 5 ampolas de filgrastima.

ACdd –D21/21

AC dose densa (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²; filgrastim 300 mcg SC D3-D10) D1 a cada 15 dias (4 ciclos) seguido de docetaxel (75 mg/m²) a cada 21 dias (4 ciclos).

ACdd-T+C

AC dose densa (Adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²; filgrastim 300 mcg SC D3-D10) D1 a cada 15 dias (4 ciclos) seguido de paclitaxel semanal (80 mg/m²) associado a carboplatina (AUC 2) semanal (12 semanas)

1. HER2 +

AC-THP

AC (adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias ou (a cada 14 dias com filgastrim D5-10) por 4 ciclos. **Seguido de paclitaxel (80 mg/ m²) por 12 semanas associado a trastuzumabe 8 mg/kg dose de ataque e subsequentes de 6 mg/kg a cada 21 dias (Até completar um ano). Durante neoadjuvância pertuzumabe 840 mg como dose de ataque seguido de 420 mg de 21/21 dias, total de 4 doses.**

AC-DHP

AC (adriamicina 60 mg/m²; ciclofosfamida 600 mg/m²) D1 a cada 21 dias ou (a cada 14 dias com filgastrim D5-10) por 4 ciclos. Seguido de docetaxel (75-100 mg/ m²) D1 a cada 21 dias (4 ciclos) associado a trastuzumabe 8 mg/kg dose de ataque e subsequentes de 6 mg/kg a cada 21 dias (Até completar um ano). Durante neoadjuvância pertuzumabe 840 mg como dose de ataque seguido de 420 mg de 21/21 dias, total de 4 doses.

DCHP (casos com risco de CARDIOTOXIDADE)

TCH(P) (docetaxel 75 mg/m²; carboplatina AUC 6; trastuzumabe 8 mg/kg dose de ataque e 6 mg/kg subsequentes) D1 a cada 21 dias (6 ciclos). associado a trastuzumabe 8 mg/kg dose de ataque e subsequentes de 6 mg/kg a cada 21 dias (Até completar um ano). Durante neoadjuvância pertuzumabe 840 mg como dose de ataque seguido de 420 mg de 21/21 dias, total de 4 doses.

Pacientes com doença residual pós neoadjuvancia, na adjuvancia devem ser tratados com TDM 1 (3,6 mg/kg de 21/21 dias) até 14 ciclos ao invés do trastuzumab/pertuzumab

1. **Adjuvância**
2. **Quimioterapia**

2.1.a RH + HER2 – / Luminal e triplo negativo

AC-Tsem

AC-T semanal: doxorrubicina 60 mg/m² IV associado a ciclofosfamida 600 mg/m² IV a cada 21 dias por 4 ciclos, seguidos de paclitaxel 80 mg/m² IV semanal por 12 semanas

AC-D

AC-D: doxorrubicina 60 mg/m² IV associado a ciclofosfamida 600 mg/m² IV a cada 21 dias por 4 ciclos, seguidos de docetaxel, 100 mg/m² IV a cada 21 dias por 4 ciclos

DC

DC: ciclofosfamida 600 mg/m² IV associada a docetaxel 75 mg/m² IV a cada 21 dias por 4 ciclos. Avaliar individualmente a necessidade de suporte com G-CSF , com filgrastima 5 dias

CMF EV

CMF EV: ciclofosfamida, 600 mg/m² EV, e metotrexato, 40 mg/m² EV, 5-FU, 600 mg/m² EV, todos no D1, a cada 21 dias) por 9 ciclos. (NE2 GRB)

2.1.b HER2 +

AC-Tsemanal H

AC-Tsem H: 4 ciclos de Doxorubicina 60 mg/m² e ciclofosfamida 600 mg/m² a cada três semanas, seguido de 12 ciclos semanais de paclitaxel 80 mg/m² com trastuzumabe (primeira dose de 8 mg/kg, seguido de 6 mg/kg a cada 3 semanas por 1 ano).

AC-DH

AC-TH:4 ciclos de Doxorubicina 60 mg/m² com ciclofosfamida 600 mg/m² a cada 3 semanas, seguido de 4 ciclos de docetaxel 100 mg/m² a cada 3 semanas; com trastuzumabe (primeira dose de 8 mg/kg, seguido de 6 mg/kg a cada 3 semanas por 1 ano).

DCH Preferencial para casos com risco de CARDIOTOXIDADE.

DCH :6 ciclos de docetaxel 75 mg/m² com carboplatina AUC 6 a cada 3 semanas com trastuzumabe (primeira dose de 8 mg/kg, seguido de 6 mg/kg a cada 3 semanas por 1 ano)

Situações especiais de muito alto risco que justificam duplo bloqueio na adjuvância, na atualização do Aphinity em 2020: Axila positiva

1. Hormonioterapia (RH positivo)

Mulheres na pré-menopausa:

- Tamoxifeno 20 mg VO diário por 5 (todas) - 10 anos (alto risco).

- Supressão ovariana (recomendado goserrelina) + Tamoxifeno 5 anos (alto risco)
- Supressão ovariana (recomendado goserrelina) + IA (recomendado anastrozol) 5 anos (alto risco)
- Supressão ovariana (recomendado goserrelina) + Tamoxifeno por 5 anos seguido de inibidor de aromatase (recomendado anastrozol) mais 2 a 5 anos (alto risco)

Mulheres na pós-menopausa:

- Tamoxifeno 20 mg VO diário por 5 (todas) - 10 anos (alto risco).

- Anastrozol 1 mg VO diário por 5 anos ate 10 anos.

- Inibidor aromatase por 2-3 anos seguido por tamoxifeno 20 mg/dia até 5 anos de tratamento endócrino.

Critérios de alto risco pra utilização de hormonioterapia até 10 anos :

Tumor primário maior ou igual a T3

Axila positiva

1. Paliativo

2. RH + HER2 – (Doença Luminal)

Hormonioterapia

Pacientes sem tratamento prévio com hormonioterapia

Primeira linha

Anastrozol 1 mg VO diário.

Tamoxifeno 20 mg VO diário.

Pacientes em segunda linha (ou falha a adjuvancia)

Fulvestranto 500 mg IM D1/D15/D29 após 1x/mes

Anastrozol 1 mg VO diário.

Tamoxifeno 20 mg VO diário.

Linhas subsequentes: definir de acordo com as linhas anteriores

Pacientes com curto período de controle da doença pós adjuvância,

Primeira linha

Fulvestranto 500 mg IM D1/D15/D29 após 1x/mes (NE 1A)

- 1. Triplo negativo ou doença RH+ em crise visceral ou refratária à hormonioterapia**

Pacientes sem tratamento prévio com hormônio (doença “de novo”)

Em ordem crescente de custo:

Paclitaxel 175 mg/m² IV a cada 21 dias

Doxorubicina 60-75mg/m² IV a cada 21 dias

Paclitaxel 80 mg/m² IV semanal D1 D8 D15

Vinorelbina 25-30mg/m² no dias D1, D8 e D15 (ciclos cada 21-28 dias)

Gemcitabina 800-1200mg/m² IV no D1/D8/D15 a cada 28 dias

Docetaxel 75 mg/m² IV a cada 21 dias

Capecitabina 1000-1250mg/m² VO 2x/dia por 14 dias, a cada 21 dias

Pacientes refratários a antracíclicos

Em ordem crescente de custo:

- CMF EV : ciclofosf600 mg/m², metotrex 40 mg/m² , 5-FU, 600 mg/m² 21/21dias
- Paclitaxel 175 mg/m² IV 21/21 dias
- Paclitaxel 80 mg/m² IV semanal
- Paclitaxel 175 mg/m² IV D1 Gemcitabina 1250mg/m² IV no D1/D8,21/21 dias
- Docetaxel 75 mg/m² IV 21/21 dias
- Docetaxel 75 mg/m² IV D1 + Capecitabina 950mg/m² 2x/dia VO 14 dias, 21/21 dias

Pacientes refratários a antracíclicos e taxanos

Em ordem crescente de custo:

- Cisplatina 75mg/m² a cada 21 dias
- CMF EV : ciclofosf600 mg/m², metotrex 40 mg/m² , 5-FU, 600 mg/m² 21/21dias
- Vinorelbina 25mg/m² IV semanal (ou oral)
- Carboplatina AUC 6 IV a cada 21-28 dias
- Gemcitabina 800-1200mg/m² IV no D1/D8/D15 a cada 28 dias
- Carboplatina AUC 2 IV D1/D8 + gemcitabina 800-1200mg/m² IV D1/D8, 21/21 dias
- Capecitabina 1000-1250mg/m² VO 2x/dia por 14 dias, a cada 21 dia
- Vinorelbina 25mg/m² IV semanal Capecitabina 1000mg/m² VO 2x/dia por 14 dias, a cada 21 dias
- Eribulina 1,4mg/m² IV no D1/D8 a cada 21 dias (*excepcionalmente*)

1. **HER2 +**

HER 2+ /RH – Primeira linha

- Paclitaxel 175 mg/m² (ou Docetaxel 75 mg/m² IV) + Trastuzumabe (8 mg/kg dose de ataque e 6 mg/kg subsequentes) IV + Pertuzumabe (840 mg dose de ataque e 420mg subsequentes) IV 21/21 dias por um total de 6 ciclos. Após, manutenção com Trastuzumabe 6 mg/kg IV + Pertuzumabe 420mg IV , 21/21 dias.

Segunda linha

- TDM1 3,6mg/kg IV no D1 21/ 21 dias

Linhas subsequentes

- Lapatinibe 1250mg VO diário Capecitabina 1000mg/m² VO 2x/dia 14 dias 21/21 dias

HER 2+ / triplo +

Trastuzumabe (8 mg/kg dose de ataque e 6 mg/kg subsequentes) IV associado a hormonioterapia:

- Anastrozol 1 mg VO diário

MELANOMA MALIGNO

1. MELANOMA ADJUVANTE

1.1. BRAF MUTADO: (ECIIIA- IIIC)

Dabrafenibe 150 mg VO 12/12h + Trametinibe 2 mg Vo 1 x dia contínuos

1.2 BRAF SELVAGEM/MUTADO:

Pembrolizumabe 2mg/ Kg de 3/3 semanas (IIIA)

Nivolumabe 3mg/Kg até 240mg, a cada 15 dias ou 480mg mensais. (IIIB- IV)

MELANOMA EC IV

2.1 BRAF MUTADO:

Vemurafenibe 960 mg VO 12/12h contínuo + Cobimetinibe 60mg/ dia por 3 semanas e folga 1 semana

Dabrafenibe 150 mg VO 12/12h + Trametinibe 2 mg Vo 1 x dia contínuos

2.2 IMUNOTERAPIA:

Nivolumabe 3mg/Kg até 240mg, a cada 15 dias ou 480mg mensais.

Pembrolizumabe 200 mg de 3/3 semanas

2.3 Quimioterapia paliativa

Dacarbazina

Temozolamida

Paclitaxel/carboplatina

NEOPLASIA DE PROSTATA

1. Hormonioterapia SC

Goserrelina 10,8 mg sc a cada 3 meses

Leuprorrelina 22,5mg SC a cada 3 meses

Bicalutamida 50 a 150 mg dia dia contínuo

2. Hormonioterapia VO

1º linha Abiraterona 250 mg – 4 cp ao dia contínuo

Associar ao SC em pacientes hormoniosensíveis de alto risco conforme estudo LATITUDE cujos critérios de alto risco: são ter dois dos três abaixo:

1. Gleason score ≥ 8 ,
2. ≥ 3 lesões ósseas pela cintilação,

(iii) doença visceral mensurável

2° linha Enzalutamida 40 mg – 4 cp Vo ao dia contínuo

3. Medicina Nuclear (antes de quimio)

- Radium 223 –na dose de 55 kBq/kg, a cada 4 semanas, no total de 6 doses

4. Quimioterapia

- Docetaxel 75 mg/m² EV a cada 3 semanas

- Cabazitaxel 20 mg/m² EV a cada 3 semanas (após uso de doce)

1. Metástase óssea na doença metastática resistente a castração

Ácido zoledrônico, 4 mg EV 3/3m

PULMÃO

PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS

1. Tratamento adjuvante

1. EC IIa a IIIb patológico

1.1.1 Histologia escamosa e não escamosa

Cisplatina 50 mg/m² D1 e D8 28/28 dias e Vinorelbina 25 mg/m² semanal por 16 semanas

1.1.2 Histologia não escamosa

Cisplatina 75 mg/m² D1e Pemetrexede 500 mg/m² D1 cada 21/ 21 dias por 4 ciclos,

2. Tratamento radical não cirúrgico

2.1 Radioquimioterapia baseada em platina

Etoposide 50 mg/m² D1 a D5 e D29 a D33 e Cisplatina 50 mg/m² D1, 8, 29, 36

Carboplatina AUC 2 e Paclitaxel 50 mg/m² semanal durante a radioterapia

Após a radioterapia: Durvalumabe 10 mg/kg a cada 2 semanas por 12 meses

3. Doença metastática

3.1 Doença não mutada primeira linha

3.1.1 PDL-1 \geq 50% em histologia escamosa e não escamosa

Pembrolizumabe 200 mg EV a cada 21 dias

3.1.2 Histologia escamosa qualquer expressão de PDL-1

Paclitaxel 200 mg/m² D1 e Carboplatina AUC 6 D1 e Pembrolizumabe 200 mg D1

4 ciclos 21/21 dias e após manutenção somente com pembrolizumabe

3.1.3 Histologia não escamosa qualquer expressão de PDL-1

Carboplatina AUC 5 D1e Pemetrexede 500 mg/m² D1e Pembrolizumabe 200 mg D1

4 ciclos 21/21 dias e após manutenção com pemetrexede e pembrolizumabe

3.1.4 Se contra-indicação a imunoterapia

3.1.4.a histologia escamosa

Paclitaxel 200 mg/m² D1 e Carboplatina AUC 6 (ou cisplatina 75 mg/m²) D1

4 ciclos a cada 21 dias

Carboplatina AUC 6 (ou cisplatina 75 mg/m² 1) D1 e Gencitabina 1000 mg/m² D1 e 8

4 ciclos a cada 21 dias

3.1.4.b histologia não escamosa

Carboplatina AUC 5 D1 e Pemetrexede 500 mg/m² D1

4 ciclos 21/21 dias e após manutenção com pemetrexede

3.2 Doença não mutada segunda linha

3.2.1 Sem uso de imunoterapia prévia

Atezolizumabe 1200 mg a cada 3 semanas

Pembrolizumabe 2 mg/kg a cada 3 semanas

Nivolumabe 3 mg/kg até 240mg a cada 15 dias ou 480 mg/mes

3.2.2. Uso prévio de imunoterapia

Docetaxel 75 mg/m² D1, a cada 21 dias até progressão de doença

3.3 Doença mutada primeira linha

3.3.1 com mutação do EGFR

3.3.1.a em primeira linha

Gefitinibe 250 mg/dia

Gefitinibe 250 mg/dia e Carboplatina AUC 5 D1 e Pemetrexede 500 mg/m² D1

4 ciclos e após pemetrexede e gefitinibe de manutenção (em casos selecionados que tolerem toxicidade e necessitem resposta)

3.3.1.b para resgate

Carboplatina AUC 5 D1 e Pemetrexede 500 mg/m² D1 4 ciclos

pemetrexede de manutenção

Osimertinibe 80 mg vo diário se mutação T790m, mas fora do rol da ANS ????

3.3.2 se translocação do ALK

3.3.2.a em primeira linha

Alectinibe 600 mg VO 2 x dia (Não está no Rol, porém, custo menor que Crizotinibe que está no Rol)

3.3.2.b para resgate

Carboplatina AUC 5 D1 Pemetrexede 500 mg/m² D1 4 ciclos 21/21 dias

pemetrexede manutenção

3.3.3 se rearranjo do ROS

3.3.3.a em primeira linha

Crizotinibe 250 mg vo 2 x/dia

3.3.3.b para resgate

Carboplatina AUC 5 D1 e Pemetrexede 500 mg/m² D1 4 ciclos a cada 21 dias

pemetrexede de manutenção

3.3.4 BRAF V600 E

Dabrafenibe 150 mg vo 2x/dia e Trametinibe 2 mg vo 1 x/dia (não consta no rol)

PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS

1. Doença limitada

Etoposide 100 mg/m² D1 ao D3 e Cisplatina 75 mg/m² D1 (ou cisplatina 25 mg/m² D1 a D3 ou carboplatina AUC 5) 4 ciclos a cada 21 dias concomitante a radioterapia

1. Doença extensa

Cisplatina 30 mg/m² D1 e D8 e Irinotecan 60 mg/m² D1 e D8, 4 ciclos a cada 21 dias

Cisplatina 60 mg/m² D1 e Etoposide 120 mg/m² D1 a D3, 4 ciclos a cada 21 dias

Carboplatina AUC 5 D1 e Etoposide 100 mg/m² D1 a D3 e Atezolizumabe 1200 mg D1

4 ciclos a cada 21 dias e após atezolizumabe de manutenção (**Desde que preencha critérios de inclusão do estudo IMpower133 e discutido com a auditoria.**)

NEOPLASIA DE COLON

1. ADJUVANCIA

1. EC II

De Gramont : 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV seguido de 600 mg/m² IV por 22 horas D1 e D2
Leucovorin: 200 mg/m² IV D1 e 2 em infusão de 2 horas cada 2 semanas 12 ciclos

Roswell Park -> Leucovorin, 20 mg/m² EV, por 2 h, seguido de **5-FU**, 500 mg/m² EV, 1 h após o início do leucovorin. 1x/semana, por 6 semanas, a cada 8 semanas. Total 3 ciclos (6 meses de tratamento).

Xeloda monoterapia 2.000 mg/m² VO, em 2 tomadas, do D1 ao D14, a cada 3 semanas, por 8 ciclo

1. EC III

mFOLFOX6****: oxaliplatina**, 85 mg/m² EV, por 2 h, no D1, Leucovorin, 400 mg/m² EV, no D1 (junto com **oxaliplatina**). **5-FU**, 400 mg/m² EV *bolus* (logo após **leucovorin**), seguido de **5-FU**, 2.400 mg/m² EV, em infusão contínua, por 46 h, no D1, a cada 2 semanas, por 12 ciclos (6 meses de tratamento).

FLOX Oxaliplatina 85mg/m² Ev em 2h, no D1 das S1, S3,S5 + Leucovorin 500mg/m² EV por 2h, seguido de 5FU 500mg/m² EV, 1h após início do leucovorin, 1x/semana, por 6 semanas a cada 8 semanas. Se paciente não aceita cateter:

Xelox: Capecitabina: 1000 mg/m² VO BID D1–14 Oxaliplatina: 130 mg/m² IV D1

De Gramont : 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV seguido de 600 mg/m² IV por 22 horas D1 e D2
Leucovorin: 200 mg/m² IV D1 e 2 em infusão de 2 horas a cada 2 semanas por 12 ciclos

Xeloda monoterapia 2.000 mg/m² VO, em 2 tomadas, do D1 ao D14, a cada 3 semanas, por 8 ciclo

1. Doença metastática

2.1 QUIMIOTERAPIA

mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas

FOLFIRI : Irinotecano:180 mg/m² IV D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1

FOLFOXIRI: Irinotecano: 165mg/m² IV D1 Oxaliplatina: 85mg/m² IV D2 Leucovorin: 400mg/m² IV D2 e 5-Fluorouracil: 2400 a 3200mg/m² IV em infusão contínua 46 horas cada 15 dias.

2.2 BIOLÓGICOS

A serem associado a quimioterapia somente em pacientes em crise visceral ou com necessidade de resposta:

COLON ESQUERDO (KRAS e BRAF selv) 1 e 2º linha

PANITUMUMABE 6mg/kg EV a cada 2 semanas

COLON DIREITO: 1º ou 2ª linha

AFLIBERCEPT 4 mg/kg a cada 2 semanas

3ª linha (KRAS, BRAF selv)

Monoquímio PANITUMUMABE 6mg/kg EV a cada 2 semanas

2.3 MANUTENÇÃO

Após 6 ciclos de oxaliplatina ou resposta máxima :

Xeloda monoterapia 2.000 mg/m² VO, em 2 tomadas, do D1 ao D14, a cada 3 semanas, por 8 ciclo

FOLF*: Leucovorin: 350 mg/m² IV em 2 horas, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas

Não há sustentação para biológicos.

RETO

1. Neoadjuvante associado a radioterapia

Fluorouracil 1000mg/m² D1 a D5 IC semana 1 e 5 da radioterapia

Fluorouracil 350 mg/m² 5 dias semana 1 e 5 da radioterapia leucovorin 20 mg/m²

Capecitabina 825 mg/m² VO, em 2 tomadas, durante a radioterapia

1. Adjuvante/Neoadjuvância total

Considerar em pacientes com doença residual de alto risco pós adjuvancia (N+, ...)

Doença metastática

Tratar como cólon

CABEÇA E PESCOÇO

1. Neoadjuvante

1. TPF : DDP 75 mg/m² D1 ; 5FU 750 mg/m² infusão contínua D1 a D5 ; Docetaxel 75 mg/m² D1 de 21/21 dias associado a GCSF e Clpro
2. CF : DDP 100 mg/m² D1 ; 5FU 750 mg/m² infusão contínua D1 a D5
3. DDP 75 mg/m² D1; Docetaxel 75 mg/m² D1 de 21/21 dias
4. Carboplatina AUC 5 ; Paclitaxel 175mg/m² 21/21dias

1. Radioquimioterapia
2. : DDP 100mg/m² D1 D22 D43
3. DDP 30 a 40 mg/m² semanal
4. Carboplatina AUC 1,5
5. Cetuximab 400 mg/m² (dose de ataque) seguido de 250 mg/m² semanal (só para quem tiver contra-indicação formal a platina)
6. Doença metastática

Primeira linha

1. Carboplatina AUC 5 (ou DDP 100 mg/m²) D1 ; 5FU 750 mg/m² infusão contínua D1 a D5 Pembrolizumab 200mg D1 21/21 dias (**maior custo**)
2. CF : DDP 100 mg/m² D1 ; 5FU 750 mg/m² infusão contínua D1 a D5 Cetuximab 400 mg/m² (dose de ataque) seguido de 250 mg/m² semanal
3. Pembrolizumab 200mg/m² 21/21 **se hiperexpressão dePDL1** (e no caso de contra-indicação dos demais esquemas)
4. DDP 75 mg/m² D1 Docetaxel 75 mg/m² D1 de 21/21 dias
5. Carboplatina AUC 5 ; Paclitaxel 175mg/m² 21/21dias

Segunda linha

1. Pembrolizumab 200mg 21/21 dias se hiperexpressão de PDL1
2. Nivolumab 240 mg 15/15 dias
3. Metotrexate 30 a 60 mg/m²
4. Paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias ou 80 mg/m² d1,d8,d15 folga de 15 dias
5. Gemcitabina 1000 mg/m² D1,D8,D15 folga de 15 dias
6. Navelbine 20mg/m² D1 , D8, D15 folga de 15 dias

NASOFARINGE

1. Neoadjuvante (indução)
 2. DDP 80 mg/m² D1 ; Gemcitabina 1000 mg/m² D1
 3. DDP 75 mg/m² D1 Docetaxel 75 mg/m² D1 de 21/21 dias
-
1. Radioquimioterapia
 2. : DDP 100mg/m² D1 D22 D43
 3. DDP 30 a 40 mg/m² semanal
 4. Cetuximab 400 mg/m² (dose de ataque) seguido de 250 mg/m² semanal (só para quem tiver contra-indicação formal a platina)
-
1. Doença metastática(e recorrência)

Primeira linha

1. DDP 80 mg/m² D1 ; Gemcitabina 1000mg/m² D1,D8 21/21 dias
2. DDP 75 mg/m² D1 Docetaxel 75 mg/m² D1 de 21/21 dias
3. Carboplatina AUC 6 ;Docetaxel 75mg/m² 21/21dias

Segunda linha

ESÔFAGO

1. Radioquimioterapia
2. DDP 75 mg/m² D1 ; 5FU 1000 mg/m² infusão contínua D1 a D4 (semana 1 e semana 5 da radioterapia)
3. FOLFOX três ciclos com radioterapia e três após , isolados .
4. Carboplatina AUC 2 + Taxol 50mg/m²semanal durante radioterapia
5. Doença metastática

Primeira linha e segunda linha

1.4 mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas

1.5 FOLFIRI : Irinotecano:180 mg/m² IV D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1

1.6 Paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias ou 80 mg/m² d1,d8,d15 folga de 15 dias

1.7 Irinotecano 180 mg/m² 15/15 dias

ESTÔMAGO

1. NEOADJUVANTE

1.1 FLOT Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1; Leucovorin: 200 mg/m² IV em 2 horas D1; 5-Fluorouracil: 2.600 mg/m² IV em infusão contínua de 24 horas;

Docetaxel 50mg/m² D1 de 14/14 dias (quatro ciclos pré-operatório e quatro ciclos pós-operatório)

1.2 DDP 75 mg/m² D1 ; 5FU 1000 mg/m² infusão contínua D1 a D4 28/28 dias (três ciclos pré-operatório e três ciclos pós-operatório)

1.3 mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas

1. ADJUVANTE
2. DDP 75 mg/m² D1 ; 5FU 1000 mg/m² infusão contínua D1 a D4
3. mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas
4. Capecitabina 2000 mg/m² VO 14 dias e folga 7 dias

1. Doença metastática

Primeira linha

3.1 mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas

1. FOLFIRI : Irinotecano:180 mg/m² IV D1 Leucovorin: 200 mg/m² IV D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1
2. FLOT : Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1; Leucovorin: 200 mg/m² IV em 2 horas D1; 5-Fluorouracil: 2.600 mg/m² IV em infusão contínua de 24 horas; Docetaxel 50mg/m² D1 de 14/14 dias
3. Paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias ou 80 mg/m² D1,D8,D15 folga de 15 dias
4. Irinotecano 180 mg/m² 15/15 dias
5. TOGA : Herceptin 8 mg/kg (ataque) -> 6 mg/kg (manutenção) ; DDP 75 mg/m² D1 ; 5-Fluorouracilo 1000mg/m² IC D1-D4 28/28 dias
6. Ramucirumabe 8 mg/kg 15/15 dias ; Paclitaxel 80 mg/m² d1,d8,d15 folga de 15 dias
7. Pembrolizumabe 200mg 21/21dias

PANCREAS

1. NEOADJUVANTE
2. Gencitabina 1000mg/m² D1 D8 D15 folga 15 dias
3. FOLFIRINOX : Oxaliplatina 85 mg/m² ; Irinotecano 150 mg/m² IV D1; Leucovorin: 200 mg/m² IV D1; 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1; 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1
4. ADJUVANTE
5. Gencitabina 1000mg/m² D1 D8 D15 folga 15 dias

6. FOLFIRINOX : Oxaliplatina 85 mg/m² ; Irinotecano 150 mg/m² IV D1; Leucovorin: 200 mg/m² IV D1; 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1; 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1
7. Doença metastática

Primeira linha

1. Gencitabina 1000mg/m² ; NabPaclitaxel 125 mg/m² D1 D8 D15 folga 15 dias
2. FOLFIRINOX : Oxaliplatina 85 mg/m² ; Irinotecano 150 mg/m² IV D1; Leucovorin: 200 mg/m² IV D1; 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1; 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1

Segunda linha

3.3 Gencitabina 1000mg/m² D1 D8 D15 folga 15 dias

3.4 FOLFIRI : Irinotecano:180 mg/m² IV D1 Leucovorin: 200 mg/m² IV D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1

VIAS BILIARES

1. hgPaliativo
- 2.1 mFOLFOX6*: Oxaliplatina: 85 mg/m² IV em 2 horas D1 Leucovorin: 400 mg/m² IV em 2 horas D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1, seguido por 2.400 mg/m² IV em infusão contínua de 46 horas
 1. FOLFIRI : Irinotecano:180 mg/m² IV D1 Leucovorin: 200 mg/m² IV D1 5-Fluorouracil: 400 mg/m² IV pulso D1 5-Fluorouracil: 2400 mg/m² IV em infusão de 46 horas D1
 2. DDP 80 mg/m² D1 ; Gemcitabina 1000mg/m² D1,D8 21/21 dias

HEPATOCARCINOMA

1. Quimioembolização
2. Doxorrubicina mg/m² D1
1. Paliativa
2. Sorafenibe 400mg VO duas vezes por dia
- 2.2 Lenvatinibe 8 mg em pacientes com peso corporal <60 kg e 12 mg em pacientes com peso corporal ≥ 60 kg.

OVÁRIO

1. ADJUVANTE
2. Carboplatina AUC 5/6 ; Paclitaxel 175mg/m² 6x 21/21dias
3. Carboplatina isolada AUC 5/6 21/21 dias

OBS : A partir do EC III : adicionar Bevacizumab 15mg/kg a partir do segundo ciclo de quimioterapia 21/21 dias .

1. RECIDIVA (sensível platina > 6m)
2. Carboplatina AUC 6 ; Paclitaxel 175mg/m² 6x 21/21dias

3. Carboplatina AUC 6 ; Gencitabina 1000 mg/m²D1 e D8 6x 21/21dias

OBS : Caso nunca tenha sido utilizado pode-se associar Bevacizumab 15 mg/kg 21/21 dias

1. RECIDIVA (< 6m)
2. Doxorubicina lipossomal 40mg/m² 28/28 dias
3. Paclitaxel 80 mg/m² d1,d8,d15 folga de 15 dias
4. Gemcitabina 1000 mg/m² D1,D8,D15 folga de 15 dias
5. Navelbine 20mg/m² D1 , D8, D15 folga de 15 dias
6. Etoposido oral 50 mg D1 a D21 e 7 dias de folga
7. Ciclofosfamida oral mg D1 a D21 e 7 dias de folga

COLO UTERINO

1. RADIOQUIMIOTERAPIA
2. DDP 40 mg/m² semanal durante a radioterapia
3. DOENÇA METASTÁTICA OU RECIDIVA

2.1 Carboplatina AUC 5/6 ; Paclitaxel 175mg/m² 6x 21/21dias; Bevacizumab 15mg/kg 2.2
Carboplatina AUC 5/6 ; Paclitaxel 175mg/m² 6x 21/21dias; Bevacizumab 15mg/kg

1. Carboplatina AUC 6 ; Gencitabina 1000 mg/m²D1 e D8 6x 21/21dias
2. DDP 50 mg/m²
3. Paclitaxel 80 mg/m² d1,d8,d15 folga de 15 dias
4. Gemcitabina 1000 mg/m² D1,D8,D15 folga de 15 dias
5. Navelbine 20mg/m² D1 , D8, D15 folga de 15 dias
6. Irinotecano 350 mg/m² 21/21 dias

RIM

1. DOENÇA METASTÁTICA
2. CELULAS CLARAS Primeira linha
3. **a Prognóstico favorável**
4. Pazopanibe 800mg /dia VO continuo
5. Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem/ 3sem
6. **b Prognóstico desfavorável**
7. .1 Ipilimumabe 1mg/kg ; Nivolumab 3mg/kg ??? 21/21 dias quatro vezes seguido manutenção Nivolumab 15/15 dias
8. Cabozantine 60 mg VO/ dia
9. Pazopanibe 800mg /dia VO continuo
10. Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem/ 3sem

1. CÉLULAS CLARAS

Segunda linha

1. Após falha antiangiogênico
2. 1 Nivolumab 3mg/kg ??? 15/15 dias
3. Cabozantine 60 mg VO/ dia
4. Levantinibe 18 mgVO 2x /dia
5. Axitinibe 10 mg VO 2x/dia
6. Pazopanibe 800mg/dia VO contínuoq

7. Após falha imunoterapia
8. Cabozantine 60 mg VO/ dia
9. Levatinibe 18 mgVO 2x /dia
10. Axitinibe 10 mg VO 2x/dia
11. Pazopanibe 800mg /dia VO contínuo
12. Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem/ 3sem

1. Carcinoma Papilífero
2. Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem/ 3sem
3. Carcinoma compon. sarcomatóide
4. Ipilimumabe 1mg/kg ; Nivolumab 3mg/kg ??? 21/21 dias quatro vezes seguido manutenção Nivolumab 15/15 dias
5. Pazopanibe 800mg /dia VO contínuo
6. Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem/ 3sem

1.4.4 Sunitinibe 37,5 mg / dia VO 14 dias com Gencitabina 1000 mg/m²D1 e D8 6x 21/21dias

1. Carcinoma cels cromófobas

1.5.1 Sorafenibe 400 mg VO 2x /dia

1. Axitinibe 10 mg VO 2x/dia
2. Temserolimos 25 mg / semanal EV
3. Everolimo 10 mg VO 1x / dia

6. Carcinoma medular

1.6.1 M-VAC dose densa

SNC

1. RADIOQUIMIOTERAPIA

Concomitante a radioterapia

Temozolamida 75mg/m² dia durante 42 dias

Adjuvante pós radioquimioterapia

Temozolamida primeiro ciclo- 150 mg/m² D1-D5 e após 200mg/m² D1-D5

Até completar 6 ciclos

1. RECIDIVA – tratamento a discutir

TIREÓIDE

1. **CARCINOMA BEM DIFERENCIADO**

1. Refratários a Iodoterapia

1.1 a Lenvatinibe 24 mg VO /dia

1.1 b Sorafenibe 400 mg VO 2x /dia

1.1 c Na progressão considerar quimioterapia com

Doxorubicina

Gemcitabina com Oxaliplatina

2. CARCINOMA ANAPLASICO

1. Adjuvancia ou doença irrissecável, com radioterapia
2. A) Paclitaxel 40 mg/m² semanal
3. B) DDP 40 mg/m² semanal

1.1 C) Doxorubicina 20 mg/m² semanal

1. D) Carboplatina AUC 2 + Taxol 50mg/m²semanal durante radioterapia

1.2 Progressão de doença

1.2 A) Doxorubicina com cisplatina

1.2 B) Paclitaxel

1.3 C) Lenvatinibe

1. CARCINOMA MEDULAR ANAPLASICO

2. Primeira linha
3. Cabozantinibe 140 mg/dia
4. Vandatinibe 300mg/dia
5. Opções

Pazopanibe 800mg /dia VO continuo

Sunitinibe 50 mg / dia VO 4 sem/6 sem ou 2 sem / 3sem

Sorafenibe 400 mg 2x/dia

Lenvatinibe 24 mg/dia