



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

**MANUAL DE
AJUSTE DE
CONDUTA**

**20
19**



Capa e Projeto Gráfico:

Julio Leiria e Bianca Andrade

Diagramação:

Leonardo Rocha e Julio Leiria

Edição e Revisão:

Frederico V. de Souza Pena / Gabriel Carvalho / Alice Selles / Reinaldo Ramalho

Coordenação de Produção:

Selles Comunicação

Manual de Ajuste de Condutas 2019

9ª edição – 2019

Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Entidade Pública Federal Portaria nº 485 de 15/06/2000

Filiado à:

Associação Médica Brasileira

Associação Panamericana de Oftalmologia

Concilium Ophthalmologicum Universale

Rua Casa do Ator, 1.117- Cj. 21- Vila Olimpia

São Paulo- SP- CEP: 04546-004

Tel: 55 11 3266-4000- Fax: 55 11 3171-0953

www.cbo.com.br

Palavra do Presidente

Prezado colega,

Esta nova edição do “Manual de Ajuste de Condutas” é mais do que uma publicação muito útil. É uma poderosa ferramenta de negociação e de defesa no intrincado mundo da Saúde Suplementar, no qual temos que nos mover diariamente.

Fruto do trabalho intenso de vários colegas abnegados que protagonizaram reuniões e debates e que nele depositaram esforços e tempo, que poderiam ter sido utilizados para consolidar as respectivas situações financeiras ou para a vida familiar e social, este manual representa também o esforço da Oftalmologia brasileira em dialogar de forma franca e leal as condições econômicas para o exercício de nossa profissão.

Todos os insumos utilizados nos procedimentos oftalmológicos estão dispostos neste manual, em planilhas clara e cientificamente elaboradas. Desta forma, temos condições de estabelecer parcerias reais com as empresas do segmento, buscando o estabelecimento de relações “ganha-ganha” e não, como infelizmente é muito comum, processos predatórios em que o ganho de um lado representa o prejuízo do outro.

A cada ano, essas planilhas são reavaliadas e renovadas, ao mesmo tempo em que novos procedimentos são incorporados. A cada ano, a Comissão de Saúde Suplementar e SUS (CSS.S) do CBO renova seu compromisso com a transparência, a ética e a dignidade médicas, editando este manual como parte importante de suas atividades. Convidamos o colega a participar desse esforço e, em seu próprio benefício, valorizar esta obra e utilizá-la sempre em seu relacionamento com as operadoras de todos os tipos e tamanhos.

E que esta obra também seja importante para fortalecer ainda mais o relacionamento entre os médicos oftalmologistas de todo o Brasil e sua principal entidade representativa: o Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

José Augusto Alves Ottaiano

Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Gestão 2018 / 2019

Introdução

A Oftalmologia foi a primeira especialidade médica a elaborar um manual que apresenta um balizamento de condutas médicas, baseando-se em evidências científicas para a prestação de serviços na sua área de atuação. Este fato, por si só, é louvável. Demonstra o amadurecimento de antigas aspirações.

Com a finalidade de tornar clara a atuação dos oftalmologistas, em novembro de 2003, foi realizada, pela primeira vez, uma condensação incluindo as principais vertentes que regem o nosso mercado de trabalho: **Leis, Resoluções, Pareceres, Protocolos e Planilhas de custo** de todas as cirurgias da nossa especialidade. O Manual contempla também valores referenciais de taxas, materiais e medicamentos com a finalidade de preservar a qualidade e a segurança dos procedimentos.

Este trabalho foi acolhido e reconhecido em diversas esferas voltadas para a prestação de serviços médicos. Entidades médicas, operadoras de planos de saúde e órgãos regulamentadores do governo enaltecem a publicação.

Nos anos seguintes novas inovações foram acrescentadas. A quinta e, até então, última edição do Manual de Ajuste foi publicada em 2007. Após cinco anos sem atualização era necessário rever os dados visto que, a Medicina e, em especial a Oftalmologia, apresenta constante evolução. Novas tecnologias para tratar antigas doenças, como a catarata, e recentes descobertas para enfrentar novas enfermidades, como a DMRI, demonstram claramente a necessidade deste constante aprimoramento.

É preciso salientar a importância das operadoras de planos de saúde, que dão condições a uma grande parcela da população de ter acesso à medicina privada. Uma vantagem do sistema é o orçamento pré estabelecido, quando o beneficiário paga uma determinada prestação mensal ficando coberto no caso de alguma sinistralidade que venha a ocorrer.

Segundo o censo do Conselho Federal de Medicina, a enorme maioria dos médicos tem vínculo com as operadoras de planos de saúde, maior contratante de prestação de serviços médicos em nosso país.

O sistema de convênios surgiu no Brasil com o advento da indústria automobilística. Muitas mudanças ocorreram desde a implantação do modelo americano credenciando prestadores de serviços médicos. Inicialmente, houve o “canto da sereia” para atrair os médicos para a novidade, prometendo encher seus consultórios de clientes, pagando honorários razoáveis.

Este modelo passou pelo período de hiper inflação, quando as empresas de planos de saúde recebiam em dia dos seus beneficiários, aplicavam esses recursos na ciranda financeira, obtendo juros e correções diárias, que eram usadas para pagar aos seus médicos credenciados dois meses após, sem nenhuma correção. Era a época do overnight. Foi o período do ganho especulativo, que só beneficiou os contratantes.

Com o Plano Real, fim da ciranda financeira, inflação baixa, porém presente, ocorreu a fase do congelamento dos honorários por vários anos. Os aluguéis aumentavam e os impostos também, assim como os salários dos funcionários, os encargos sociais, os gastos com condomínio, luz, telefone... E os honorários permaneciam congelados! Sete anos de penúria.

Recentemente, a atuação de algumas entidades médicas, ressaltando a atuação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), que sempre se notabilizou pela defesa da melhor remuneração dos médicos e sua independência das distorções impostas pelos contratantes, mudou o panorama, que durante vários anos foi desigual, prejudicando visivelmente os contratados.

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar** (ANS) criada em 2000 vem regulamentando a relação que envolve operadoras de planos de saúde, médicos e

beneficiários, com seus interesses próprios e algumas vezes irreconciliáveis.

Algumas reivindicações dos médicos, que eram consideradas utópicas, foram implantadas pela ANS. Podemos citar a **TISS** (Troca de Informações em Saúde Suplementar), a **guia universal**, quando antes cada plano de saúde tinha a sua guia, com graus variados de dificuldades. O fato das atuais guias terem o valor de uma fatura, com os procedimentos previamente autorizados, facilita a cobrança nos casos de inadimplência do plano de saúde. A TISS acabou de vez com as antigas cartas remessas, que não tinham nenhum valor jurídico e eram quitadas, quando bem entendesse o convênio, sem multa, juros ou correção.

A **TUSS** (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) também foi um avanço, adotando uma terminologia clínica comum, acabando com as múltiplas tabelas, codificando os procedimentos médicos, facilitando o intercâmbio eletrô-

co de dados. A terminologia utilizada como base para construção dos procedimentos médicos da TUSS foi a CBHPM, gerenciada pela AMB. Em breve, a TUSS será implantada no Sistema Único de Saúde (SUS).

As regras de **contratualização** e os **reajustes anuais** têm avançado. Os antigos termos de adesão e as negociações individuais eram nitidamente prejudiciais aos médicos, razões de tanto aviltamento.

A **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos** (CBHPM) foi criada pelas Entidades

Médicas e Sociedades de Especialidades, em 2003. Tinha por objetivo resgatar a remuneração digna e ética dos médicos. Ensejou avanços com a inclusão de novos procedimentos, tendo os seus códigos e nomenclaturas servido como base para o Rol de cobertura obrigatória da ANS. Sua forma de construção, considerando na hierarquização o tempo como principal fator de valoração dos procedimentos, injustiçou os oftalmologistas, já que a utilização de tecnologia diminuiu em muito o tempo despendido tanto para as nossas consultas como para os exames e as cirurgias. Desta forma os nossos procedimentos foram depreciados.

Com a CBHPM, ocorreu a bipartição dos procedimentos em **Unidade de Trabalho Médico** (UTM)

– que leva em consideração o tempo gasto, a habilidade e a responsabilidade do médico e a **Unidade de Custo Operacional** (UCO) – que avalia o custo dos equipamentos e seus desdobramentos. Em última análise, a UCO é quem possibilita a concretização do procedimento, ao remunerar o investi-

mento realizado e suas despesas decorrentes, como depreciação, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, impostos e taxas, folha de pagamento, encargos sociais, etc.

A implantação incompleta da CBHPM, com as operadoras de planos de saúde se negando a pagar a UCO, avilta os honorários médicos e compromete a oferta de melhores recursos na preservação da saúde, afetando médicos e pacientes. Cabe aos médicos lutarem pela implantação da CBHPM plena com a UCO, como forma de recompor nossas perdas.

Prestes a completar 19 anos de existência a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia (COOESO) e a Federação FeCOOESO com 13 anos, mostraram o acerto de suas implantações, equilibrando a relação entre as empresas contratantes e os médicos contratados.

A grande evolução da Oftalmologia está intimamente ligada à alta tecnologia, com os modernos aparelhos de facoemulsificação, vitreófagos, raios laser com variadas aplicações, ultrassons, topógrafos, microscópios com diversas finalidades, biômetros, retinógrafos, aberrômetros, tomógrafos de coerência óptica, campímetros visuais...

É notório que a alta tecnologia envolve custos elevados e obsolescência precoce pela própria evolução no que diz respeito ao setor. Os diversos impostos cobrados encarecem sobremaneira a aquisição da aparelhagem e, por conseguinte, a prestação do serviço.

O **Conselho Federal de Medicina** (CFM) e suas regionais foram criados em 1957 com a função de regulamentar, fiscalizar e punir as infrações ao seu Código de Ética. O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia**, fundado em 1941, representa a especialidade, tendo a incumbência, dentre outras, de estabelecer normas a serem observadas por todos que praticam a especialidade. A **FeCOOESO**, no âmbito nacional, e suas regionais são o braço sindical da Oftalmologia, na defesa dos interesses dos oftalmologistas em seu mercado de trabalho.

Prestes a completar 17 anos de existência a **Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia** (COOESO) e a Federação **FeCOOESO** com 11 anos, mostraram o acerto de suas implantações, equilibrando a relação entre as empresas contratantes e os médicos contratados.

Os objetivos iniciais de estabelecer diálogo permanente, assegurando melhoria continuada, disciplinando o relacionamento, coibindo irregularidades, foram alcançados e tornaram transparente a relação. Através de contínuas negociações, várias conquistas foram alcançadas.

A atuação firme do CREMERJ fez com que a Petróbras, uma das maiores empresas do mundo, alavancasse consideravelmente os honorários médicos, quebrando o monopólio implantado pelo gru-

po UNIDAS. A incansável atuação da diretoria da FeCOOESO fez a CASSI-BB, caixa de assistência do maior banco do hemisfério sul, reconhecer que as cirurgias oftalmológicas de porte superior a 4 deveriam ser remuneradas em dobro, como é praticada pelas principais operadoras.

Depois de infindáveis negociações com diversas operadoras, assembleias próprias e participação em outras de diversas entidades médicas, presença constante em reuniões do CFM, de outros conselhos regionais, AMB, CREMERJ, ANS, singulares das UNIMEDs..., a Oftalmologia é reconhecida hoje como uma das mais atuantes sociedades médicas de especialidades.

Louvável a equipe funcional da FeCOOESO, capitaneada pelo incansável João Fernandes, sempre prontos a auxiliar, orientar e defender os que procuram ajuda. A prestação de serviços se traduz por negociações permanentes e neste mister estamos bem representados.

A participação persistente de abnegados colegas, preocupados, unicamente, com os objetivos coletivos, comprometendo suas atividades profissionais, seus vínculos familiares, suas horas de lazer, é louvável. Certamente, foi este o baluarte das conquistas alcançadas. A união fez a força.

Nesta conjuntura, o Manual de Ajuste de Condutas foi um marco no estabelecimento de normas claras de como deve ser feita a prestação de serviços oftalmológicos. Sua atualização era inadiável!

Tudo isto foi feito com um grande objetivo: deixar claro a excelência da Oftalmologia Brasileira visando a saúde ocular da nossa população. Nossa especialidade está de parabéns.

Finalizando, é preciso deixar claro que a luta por melhor remuneração é infindável.

NELSON LOUZADA

Presidente da FeCOOESO

Consultas:

- Motivos 12
- Definindo Consulta Oftalmológica 14
- Parecer sobre consulta oftalmológica 14

Cirurgias:

- Parâmetros em cirurgias oftalmológicas 16
- Sobre cirurgias oftalmológicas 16
- Fornecimento de material hospitalar 23
- Pacotes dissociados de honorários médicos 24
- Referenciamento exclusivo de oftalmologistas 25
- Desburocratização dos serviços 25
- Comitê do Centro Cirúrgico Oftalmológico da FeCOOESO 25
- Tabelas de Referência 27
- Planilhas de cirurgias 27
- Exérese de tumor pálpbral 27
- Pterígio sob anestesia tópica / local 28
- Pterígio sob bloqueio peribulbar 28
- Plástica de conjuntiva cirurgia complementar a cirurgia de remoção de pterígeo 28
- Estrabismo sob bloqueio peribulbar 29
- Estrabismo sob anestesia geral 29
- Antiglaucomatosa (trabeculectomia) 29
- Transplante de córnea 30
- Transplante de córnea + Vitrectomia anterior com fixação ou reposição de LIO 30
- Transplante de córnea + Facetomia por facoemulsificação + LIO 30
- Transplante de córnea + Facetomia ECP automatizada com ou sem LIO 31
- Facetomia por facoemulsificação com implante de lente intraocular 31
- Facetomia por facoemulsificação + LIO + trabeculectomia 31
- Facetomia por facoemulsificação + LIO + vitrectomia anterior 32
- Facetomia extracapsular automatizada com ou sem implante de LIO 32

11

- Facetomia extracapsular automatizada + LIO + trabeculectomia 32
- Facetomia ECP automatizada com ou sem LIO + vitrectomia anterior 33
- Implante secundário + fixação de LIO 33
- Implante secundário + vitrectomia anterior + fixação de LIO 33

15

- Retinoplexia com introflexão escleral 34
- Vitrectomia via pars plana 34
- Vitrectomia via pars plana + retinoplexia 34
- Vitrectomia via pars plana + endolaser 35
- Vitrectomia via pars plana + implante de óleo de silicone 35
- Vitrectomia via pars plana + remoção de óleo de silicone 35
- Vitrectomia via pars plana + retinoplexia + endolaser 36
- Vitrectomia via pars plana + retinoplexia + endolaser + óleo de silicone 36
- Vitrectomia via pars plana + retinoplexia + endolaser + óleo de silicone + faco + LIO 37
- Exérese de Calázio 37
- Tratamento Ocular Quimioterápico com antiangiogênico 37
- Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada 38
- Pantofotocoagulação à laser da retinopatia da prematuridade 38
- Termoterapia transpupilar à laser 38
- Implante de Anel Intraestromal - Técnica Manual 39
- Implante de Anel Intraestromal - Técnica Assist. de Femtossegundo 39
- Crosslink 39
- PRK tradicional esfero/cilíndrico 40
- PTK – Ceratectomia fototerapêutica 40
- Lasik tradicional esfero/cilíndrico 40
- PRK personalizado esfero/cilíndrico + wavefront 41
- Lasik personalizado esfero/cilíndrico + wavefront 41
- Lasik com Femtosegundo 41
- Biópsia de conjuntiva 42

- Biópsia orbitária / Drenagem de abscesso de órbita	42	- Tabela de custos dos exames oftalmológicos em reais e procedimentos oftalmológicos	61
- Cirurgia de glândula lacrimal – Suspensão / biópsia	42	- Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos em Oftalmologia	70
- Dacriocistorrinostomia por endoscopia	43		
- Dermatocalaze (por pálpebra)	43		
- Enoftalmo	43		
- Enxerto de cartilagem auricular	44		
- Enxerto cutâneo	44	Resoluções, Portarias e Pareceres	72
- Enxerto de fásia lata	44		
- Enxerto de fásia temporalis / dermogorduroso / membrana amniótica / esclera	45	Leis	73
- Enxerto de mucosa oral	45	- LEI nº 10.192 de 14 de Fevereiro de 2001	73
- Enxerto de perióstio pré-tibial	45	- LEI nº 12.842 de 10 de Julho de 2013	75
- Enxerto de palato duro	46	- LEI nº 13.003, de 24 Junho de 2014	76
- Epilação (por pálpebra)	46	Portarias	78
- Exérese de pterígio	46	- Portaria n.º 44/GM Em 10 de janeiro de 2001 - Day Clinic	78
- Exérese de tumor orbitário com abordagem crânio-facial	47		
- Fissura palpebral (por pálpebra)	47	Resoluções	94
- Fratura de órbita com enxerto / sem enxerto	47	- CFM nº 1.614/01 – Auditoria	94
- Implante secundário de órbita	48	- CFM nº 1.634/02 – Especialidades médicas	95
- Infiltração subconjuntival	48	- CONVÊNIO AMB/CFM	96
- Microcirurgia para tumor orbitário	48	- CFM nº 1.642/02 – Relacionamento Operadoras / Médicos	100
- Prolapso de gordura orbitária	49	- CFM nº 1.673/03 – CBHPM	101
- Ptose palpebral com suspensão	49	- CFM nº 1.762/05 – Anel Intraestromal	102
- Reconstrução de pontos lacrimais	49	- CFM Nº 1.802/06 – Ato anestésico	103
- Reconstrução de supercílio (por pálpebra)	50	- CFM Nº 1.804/06 - Implantes	105
- Ressecção de tumor de pálpebra (por pálpebra)	50	- CFM nº 1.819/07 - CID	113
- Sondagem de vias lacrimais / adulto	50	- CFM nº 1.821/07 – Prontuário eletrônico	114
- Sondagem de vias lacrimais / criança	51	- CFM nº 1.836/08 - Planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos	119
- Sutura de conjuntiva	51	- CFM nº 1.843/08 - Lente de câmara anterior com suporte iriano	121
- Sutura de palpebral (por pálpebra)	51	- CFM nº 1.886/08 - Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência	122
- Transplante de limbo	52	- CFM nº 1.956/10 - Prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses	128
- Transposição	52	- CFM nº. 2.069/2014 - Padroniza a identificação dos médicos	129
- Triquiase (por pálpebra)	53		
- Tumor conjuntival	53		
Exames	54		
- Protocolos para exames complementares em oftalmologia	55		
- Protocolos para exames pré-operatórios	60		

- CFM nº 2.073/2014 - Critérios para funcionamento mínimo das Clínicas	130	- Implante Intraestromal - Anel de Ferrara (CFM)	187
Resoluções ANVISA	131	- Lente de Contato (CFM)	189
- Resolução nº 2605	131	- Lentes Intraoculares Nacionais (CBO/SBO)	190
Resoluções ANS	133	- Mapeamento de Retina (CBO/SBO)	191
- Resolução Normativa 40/03	133	- Paquimetria Ultrassônica no Glaucoma (CBO/SBO)	191
- Resolução Normativa 25/03	134	- Recomendações da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo (SBRV)	192
- Resolução Normativa 124/06	136	- Transplante Autólogo de Conjuntiva na Cirurgia de Pterígio (CBO/SBO)	193
- Resolução Normativa 259/11	153	- Retinografia Fluorescente e Retinografia Simples	193
- Resolução Normativa 363/14	158	- Uso de Lasers de Femtossegundo para Cirurgia de Córnea (FeCOOESO)	194
- Resolução Normativa 364/14	161	- Uso de Substâncias Viscoelásticas nas Cirurgias de Catarata (CBO/SBO)	194
- Resolução Normativa 365/14	163	- Vitrectomia via Pars Plana e Implante de Óleo de Silicone Intravítreo (CBO/SBO)	195
- Resolução Normativa 405/14	166	- Fornecimento de Lente de Contato e de Lente Intraocular – Ato Médico, não sujeito a ICMS	195
- Resolução Normativa 436/18	176	- Resolução CFM nº 1.956 de 2010 – Prescrição de Materiais Implantáveis	197
Pareceres	178	- PARECER - Prática de Pacotes e/ou Contratos Envolvendo Drogas Antiangiogênicas	198
- Lente Intraocular	178	- PARECER - Indicações de Crosslinking de Colágeno Corneano	198
- Aberrometria	180	- PARECER - LIOs Premium em Cirurgias de Facoemulsificação	200
- Atuação de Auxiliares em Oftalmologia (CBO/SBO)	180	- PARECER - Conselho Federal de Medicina sobre o uso de Técnica Cirúrgica de Crosslink de Colágeno para Tratamento de Ceratocone	203
- Auxiliares em Cirurgia de Catarata (CBO/SBO)	181	- Termo de Ciência – Reembolso de Lente Intraocular ao Paciente	205
- Biomicroscopia Ultrassônica (UBM), Terapia Fotodinâmica (PDT) e Degeneração Macular Relacionada à IDADE (DMRI) (SBO/CBO)	181	- Termo de Ciência – Lente Intraocular – Pagamento Direto em Conta Hospitalar	206
- Cirurgia Combinada de Catarata e Glaucoma (CBO/SBO)	182		
- Cirurgia Refrativa (CFM)	183		
- Estabelecimento de “médias” para requisição de exames oftalmológicos	185		
- Exames de Motilidade Ocular - Ortóptica (CBO/SBO)	186		
- Fornecimento e Utilização de Lentes Intraoculares	186		
- Fotocoagulações a laser na Retinopatia Diabética (CBO/SBO)	187		



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

CONSULTAS

20
19

Manual
de Ajuste
de Conduta



Exposição de Motivos

A prestação de serviços médicos, realizada através de convênios e mesmo pela forma de cooperativismo, tem primado pela falta de regulamentação gerando descontentamento tanto dos prestadores, quanto das operadoras de planos de saúde, o que repercute no principal interessado – o paciente. A não se fazer nada em prol da melhoria desta relação, ela será imposta por um ente estranho, o que aumentará mais ainda o descontentamento.

A animosidade reinante entre as partes leva, em alguns casos, à prática da chamada “medicina vingativa”, com solicitações de exames desnecessários, esdrúxulos e incompatíveis com a sobrevivência da própria medicina. Pior ainda quando se utiliza a fraude para repor as perdas impostas por uma relação desgastada e injusta, porém, indispensável.

Reconhecemos a importância da presença das operadoras de planos de saúde no mercado, assegurando o acesso à medicina privada (ou suplementar) a um enorme contingente de pessoas que não teriam condições para tal. Outra vantagem é a do orçamento preestabelecido, onde um associado, ao pagar determinada importância mensalmente, fica, pelo menos em tese, coberto no caso de alguma sinistralidade.

O exercício da Medicina é baseado no Código de Ética Médica, sendo regido pelo Conselho Federal de Medicina e pelos diversos Conselhos Regionais, baseado na lei 3.268 de 1957, que lhes confere os poderes de regulamentar, fiscalizar e punir o médico. Este está sujeito ainda ao Código Civil, ao Código Penal e às rigorosas normas de Defesa e Direitos do Consumidor.

Um grande problema que precisava ser resolvido era colocar um novo elemento na relação ora existente entre os prestadores e as operadoras de planos de saúde, intermediando os interesses daqueles e preservando os destas. Esta nova relação denominada ganha x ganha, pretende que os dois segmentos tenham os seus direitos respeitados, aparando arestas hora existentes, normatizando a prestação de serviço, tornando-a transparente. Para que isto seja possível é indispensável que este novo participante tenha representatividade, tornando-se parte legítima na relação.

No Rio de Janeiro, após estudos exaustivos realizados com a assessoria da BKR-Lopes Machado, chegou-se à conclusão que a melhor forma de resolver o problema seria a criação de uma cooperativa de prestação de serviços administrativos que recebeu o nome de COOESO – Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia.

Na economia atual, quando ocorre grande pressão dos custos, a boa técnica administrativa propõe três remédios: a diminuição do serviço prestado, a diminuição da qualidade ou a melhoria da gestão. Na área da saúde, as duas primeiras soluções preconizadas são inaplicáveis e perigosas. A COOESO propõe, na prestação de serviço oftalmológico, manter a qualidade, melhorando a gestão.

No cenário atual existe, além da grande pressão dos custos, má gestão de algumas operadoras, fraudes diversas, descontentamento com os honorários e vários outros fatores que distorcem a boa prestação do serviço e o bom funcionamento do sistema.

Cortar custos baseando-se simplesmente no aviltamento dos Honorários Médicos inviabiliza, no curto prazo, a prestação de serviços médicos e, por conseguinte, a própria operadora na sua essência.

A simples afirmativa de que o mercado é quem regula o preço, não justifica o estado atual de remuneração da prestação de serviço médico. Na verdade, o mercado só regula preços quando a concorrência é livre. Sabemos que na saúde existe uma distorção da concorrência com imposição de condições aviltadas nos honorários, baseado, sobretudo, nos contratos leoninos, na ausência de planilhas de custos e na falta de uma entidade que tenha representatividade, sendo parte legítima na relação entre os médicos e as operadoras.

Se a saúde não tem preço, sabemos que a prestação de serviços tem custos, tem preços e tem resultados. A continuar como está, haverá má qualidade e insolvência do sistema.

Foi com o firme propósito de melhorar o relacionamento, cortar custos, satisfazer aos pacientes e normatizar a relação entre os cooperados e as contratantes de serviços médicos, que a COOESO propôs inicialmente às operadoras a seguinte pauta de discussões:

01. Definir consulta oftalmológica.
02. Definir parâmetros em cirurgia oftalmológica.
03. Estabelecer protocolos para requisição de exames complementares.
04. Estabelecer protocolos para requisição de exames pré-operatórios.
05. Precificar os insumos utilizados em alguns procedimentos oftalmológicos.
06. Precificar os novos procedimentos oftalmológicos.
07. Estabelecer uma auditoria médica ética na parceria entre a COOESO e as operadoras.
08. Determinar a responsabilidade sobre a categorização dos centros cirúrgicos oftalmológicos.
09. Determinar normas quanto ao fornecimento de material hospitalar.
10. Formatar a distinção entre pacotes e honorários médicos.
11. Inibir o referenciamento de oftalmologistas.
12. Desburocratização dos serviços.
13. Glosas

Os objetivos da parceria CBO-SBO-FeCOOESO seriam:

- Estabelecer diálogo permanente, assegurando melhoria continuada;
- Coibir irregularidades;
- Disciplinar o relacionamento;
- Otimizar o processo de gestão;
- Diminuir os custos operacionais;
- Melhorar o atendimento ao paciente.

INTEGRANTES

CSS – Comissão de Saúde Suplementar

COMPONENTES

PRESIDENTE:

José Augusto Alves Ottaiano

COORDENADOR:

Homero Gusmão de Almeida

MEMBROS TITULARES:

Cristiano Caixeta Umbelino

Reinaldo Flávio da Costa Ramalho

Frederico V de Souza Pena

Mauro Goldbaum

João Marcelo de Almeida Gusmão Lyra

João Neves de Medeiros

ASSESSOR EXECUTIVO:

João Fernandes

CONSULTORES:

Paulo Cesar Fontes

Nelson Louzada

ASSESSORES - SOCIEDADES TEMÁTICAS:

Felipe Teloken Diligenti - Sociedade Brasileira de Uveítes - SBU

Luisa Hopker - Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica - SBP

Fabio Ejzenbaum

Marcos Pitarello Moya - Centro Brasileiro de Estrabismo - CBE

Fabio M Tokunaga - Sociedade Brasileira de Trauma Ocular - SBTO

Marta B Corsi de Fillipi Sartori - Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR)

Rafael F. Kobayashi - Sociedade Brasileira de Laser em

Oftalmologia - BLOSS

Roberto Murad Vessani - Sociedade Brasileira de Glaucoma - SBG

Juliana de Sá Freire Medrado Dias - Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular - SBCPO
 Carlos Henrique Vasconcelos de Lima - Sociedade Brasileira de LC, Córnea e Refratometria - SOBLEC
 João Pessoa Souza Filho - Sociedade Brasileira de Oncologia em Oftalmologia - SBOO
 Alexandre Augusto C. M. Ventura - Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo - (SBRV)
 Maria Aparecida O. Haddad - Sociedade Brasileira de Visão Subnormal
ASSESSORIA JURÍDICA
 Dr. Gabriel Carvalho
 Dr. Guilherme Portes

CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Rua Casa do Ator, 1.117 – Conj. 21

São Paulo, SP - CEP: 04546-004

Tel.: (11) 3266-4000 Fax: (11) 3171-0953

www.cbo.com.br

DIRETORIA

PRESIDENTE

José Augusto Alves Ottaiano

VICE-PRESIDENTE

José Beniz Neto

SECRETÁRIO GERAL

Cristiano Caixeta Umbelino

1º SECRETÁRIO

Abrahão da Rocha Lucena

TESOUREIRO

Sérgio Henrique Teixeira

Definindo Consulta Oftalmológica

A consulta oftalmológica demanda espaço amplo para abrigar instrumental próprio, requerendo também distância regulamentar para a realização da refração ocular. O instrumental mínimo necessário para a realização da consulta compreende: cadeira, coluna, refrator, biomicroscópio, tonômetro ocular, retinoscópio, oftalmoscópio, lensômetro, projetor, ceratômetro, tabela de optotipos e de verificação do senso cromático.

Este instrumental é caro e representa um valor imobilizado significativo.

Reconhecendo estas diferenças, a Associação Médica Brasileira, dissociou a tonometria ocular da consulta oftalmológica, deixando-a ser cobrada a parte da consulta, como um complemento.

É preciso levar em conta as características da especialidade, que alguns teimam em não considerar: o elevado custo da imobilização em equipamentos, a área mais ampla necessária aos consultórios oftalmológicos, e, em essência, o custo mais elevado desta infraestrutura utilizada pelo oftalmologista no seu exame.

Parecer sobre Consultas Oftalmológicas

Diante das divergências observadas na relação existente entre as empresas contratantes de serviços médicos e seus contratados, que resultaram em inúmeras queixas a nós formuladas por nossos associados, o **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia**, vem a público esclarecer o que se segue:

A **consulta oftalmológica** é constituída de: anamnese, inspeção, exame das pupilas, medida da acuidade visual, refração, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Esta definição, aparentemente restritiva, é, na realidade, suficientemente abrangente para permitir uma segura avaliação do paciente. A **tonometria ocular** é exame complementar de diagnóstico, indispensável diante da hipótese, ainda que remota, de glaucoma e deve ser cobrado separadamente pelo estipulado no código AMB/CFM.

A proposta de algumas empresas operadoras de planos de saúde em considerá-la realizável **somente após 40 anos de idade não tem apoio científico**, pois o glaucoma não existe apenas a partir desta fai-

xa etária, podendo estar presente em crianças, adolescentes e adultos jovens. Com frequência se associa transitoriamente a outras patologias, como uveítes e traumas, podendo também ser encontrado em pacientes que se automedicam.

A exclusão adotada por algumas operadoras, além de carecer de fundamentação adequada, cria riscos desnecessários para os pacientes. Praticamente todas as empresas filiadas à **FENASAÚDE**, à **ABRAMGE**, à **UNIDAS** e às **UNIMEDs** aceitam estes critérios, por nós endossados.

Ademais, o artifício utilizado por certas empresas contratantes de serviços médicos, de acrescentar exames complementares à consulta, criando o que se denomina vulgarmente “pacote”, atenta contra o **Código de Ética Médica**, caracterizando infração ao **artigo 19** do referido código, que diz: “O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

Colocamo-nos à disposição das empresas operadoras de planos de saúde para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

CIRURGIAS

20
19

**Manual
de Ajuste
de Conduta**



Parâmetros em cirurgias oftalmológicas

Quatro são os itens avaliados pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina na valoração dos procedimentos cirúrgicos, na Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos:

1. Tempo
2. Habilidade técnica
3. Habilidade cognitiva
4. Risco e responsabilidade

As cirurgias oftalmológicas tiveram o seu tempo reduzido, devido ao nosso extraordinário avanço tecnológico o que, sobretudo, favoreceu as empresas contratantes de prestação de serviços médicos pela otimização dos nossos procedimentos cirúrgicos. A evolução para as chamadas cirurgias de curta permanência, sem internação hospitalar, diminuiu o custo destas empresas.

Já demos importante contribuição na redução das despesas das operadoras, não sendo factível vermos nossos procedimentos serem aviltados.

Algumas operadoras já tentaram reduzir nossos honorários cirúrgicos, não reconhecendo o preconizado pela Associação Médica Brasileira, na Resolução 17, ratificado nas instruções gerais da CBHPM, artigo I, parágrafo 5 e

artigo 6, parágrafo 2, remunerando em duas vezes o valor da cirurgia para os pacientes com direito a quarto privativo com banheiro. Até que esta orientação seja substituída por outra, a FeCOESO recomenda sua aplicação.

Os itens Habilidade Técnica e Cognitiva, que também dão suporte a valoração dos procedimentos cirúrgicos, estão sistematicamente presentes na Oftalmologia, devido aos constantes avanços que esta sofre, exigindo do especialista treinamento constante, mudanças radicais de técnica, curva de aprendizado, muito estudo, obrigação de frequentar cursos, congressos, simpósios e wet labs para não ficar desatualizado.

Risco e Responsabilidade são intrinsecamente inerentes à Oftalmologia, que lida com o principal sentido do ser humano: a visão. A cegueira é uma doença incapacitante de alto custo social. A perda de um olho representa 40% da capacidade laborativa. A dos dois olhos, 100%. A Responsabilidade Civil do oftalmologista é enorme!

É preciso enfatizar que o grau de especialização é tão grande na Oftalmologia que, normalmente, um cirurgião de retina não opera catarata, sendo a recíproca quase sempre verdadeira.

Sobre cirurgias oftalmológicas

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a Sociedade Brasileira de Oftalmologia e a Federação das Cooperativas Estaduais de Serviços em Oftalmologia esclarecem que, as cirurgias oftalmológicas de portes superiores a 4 não podem ser realizadas em consultórios ou em ambulatórios, observando as considerações, a seguir, das entidades oftalmológicas supra citadas, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, da Associação Médica Brasileira, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a definição do Ministério da Saúde, no artigo nº 2 da Portaria nº 44/GM, de 10 de janeiro de 2001, que diz: "Definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clíni-

cos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas".

CONSIDERANDO que as cirurgias oftalmológicas de porte 4 ou superior requerem ambiente estéril para evitar a temida infecção intraocular de prognóstico sombrio que, frequentemente, acarreta cegueira irreversível;

CONSIDERANDO que as cirurgias oftalmológicas de porte 4 ou superior são realizadas com anestesia local sob sedação necessitando cuidados e equipamentos para reverter possíveis complicações per operatórias;

CONSIDERANDO que as cirurgias oftalmológicas de

porte 4 ou superior são, na sua maioria, realizadas em pacientes idosos portadores de outras patologias associadas (diabéticos, hipertensos, cardiopatas, ansiosos) e que, por obediência aos mais elementares princípios de segurança devem permanecer em observação em ambiente seguro e preparado para eventuais emergências;

CONSIDERANDO que as cirurgias oftalmológicas requerem, quase sempre, dilatação das pupilas, cujos medicamentos (adrenalina, tropicamida, atropina e cicloplégicos) podem acarretar taquicardia e, em pacientes sensíveis, levar a cardiopatias agudas;

CONSIDERANDO que as cirurgias oftalmológicas interferem sempre no reflexo óculo-cardíaco podendo ocasionar alterações cardíacas graves, originando parada cardíaca e óbito;

CONSIDERANDO a sofisticação das cirurgias oftalmológicas que, como sabemos, experimentaram grande desenvolvimento nos últimos anos;

CONSIDERANDO a tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos fora do ambiente hospitalar, buscando a racionalização de custos, a humanização da assistência médica e a demanda crescente por este tipo de estabelecimento;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM

nº 1802 de 20 de dezembro de 2006;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos fora de unidade hospitalar, observando-se o disposto na Resolução CFM nº 1.409, de 08 de junho de 1994;

CONSIDERANDO que todo centro cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução nº 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO o Código da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para aprovação de centros cirúrgicos fora do ambiente hospitalar.

CONSIDERANDO as sanções penais, a Responsabilidade Civil, as rigorosas normas do Código de Defesa do Consumidor e do Código de Ética Médica.

CONSIDERANDO um princípio fundamental das Listas de Procedimentos da Associação Médica Brasileira: a remuneração proporcional ao plano contratado pelo paciente, estabelecendo o seguinte:

1. Reconhecimento da Lista de Procedimentos da AMB 1990 e 1992, remunerando em duas vezes seu valor para os pacientes com direito a quarto privativo com banheiro, conforme estipula a Associação Médica Brasileira, na Resolução 17 e como consta nas Instruções Gerais da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), Condições de Internação, capítulo 6.2: "Para os planos superiores ofertados pelas operadoras fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação nos casos de pacientes internados em apartamentos ou quartos privativos, em Hospital Dia ou UTI."

2. Reconhecimento das cirurgias oftalmológicas como procedimentos sofisticados, de porte que justifica, no mínimo, a internação de curta permanência (Regime de Hospital Dia), respeitando as considerações e resoluções supra citadas.

3. Cobrança desmembrada de honorários médicos (Lista referencial da AMB) de taxas, material e medicamentos (Brasíndice e congêneres).

4. Os oftalmologistas não estão pleiteando alterações de valores, apenas seu reconhecimento, e cabalmente o demonstram quando aceitam a remuneração simples para os pacientes com direito à acomodação em enfermaria ou quarto coletivo, conforme preconizado nos contratos celebrados entre as partes, reconhecendo os procedimentos listados e seus valores mínimos em CH.

Normas mínimas para funcionamento dos complexos cirúrgicos oftalmológicos para procedimentos com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia)

Normas mínimas para funcionamento dos complexos cirúrgicos oftalmológicos para procedimentos com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia)

1 - DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia): são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos que, pelo seu porte e por não terem necessidade de cuidados especiais no pós-operatório, dispensam o pernoite do paciente. O pernoite do paciente poderá ocorrer em casos eventuais, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 12 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia): são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2 - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

As cirurgias oftalmológicas de porte 4 ou superior só podem ser realizadas nos seguintes estabelecimentos:

a) Em estabelecimento de saúde, independente do hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade.

b) Deverá contar com equipamentos de apoio e de infraestrutura adequados para o atendimento do paciente.

c) Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida.

d) Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 12 (doze) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico.

e) A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de retaguarda.

f) Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a transferência para um hospital de retaguarda.

g) Podem ser realizadas em unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, no centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infraestrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.).

3 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 - Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

a) Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos à cirurgia/procedimento com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia) são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists (1962), ou seja:

§ ASA I - pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos.

§ ASA II - o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade);

b) A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de

curta permanência (regime de Hospital Dia).

- c)** Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
- d)** O paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;
- e)** Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 - A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência (Regime de Hospital Dia) é contraindicada quando:

- a) Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente.

3.3 - A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 - A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4 - RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 - A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia) no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 - Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 - A avaliação pré-operatório/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência (Regime de Hospital Dia) exige no mínimo:

- § ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares;
- § ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 - O médico deverá orientar o paciente e seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis.

4.5 - Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anesthesiologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pela Resolução CFM nº 1409/94, a saber:

- a)** orientação no tempo e espaço;
- b)** estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- c)** ausência de náusea e vômitos;
- d)** ausência de dificuldade respiratória;
- e)** capacidade de ingerir líquidos;
- f)** capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g)** sangramento ausente ou mínimo;
- h)** ausência de dor importante;
- i)** sem retenção urinária.

4.6 - A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5 - MATERIAIS NECESSÁRIOS

5.1 - O complexo cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.1.1 - As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a)** mesas/macac cirúrgicas;
- b)** mesa para instrumental;
- c)** aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- d)** conjunto de emergência, com desfibrilador;
- e)** aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f)** dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g)** banqueta ajustável, inox;
- h)** balde a chute;
- i)** tensiômetro ou similar;
- j)** equipamento para ausculta cardíaca;
- k)** fontes de gases e vácuo;
- l)** monitor cardíaco;

- m)** oxímetro de pulso;
- n)** laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o)** instrumental cirúrgico;
- p)** material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- q)** medicamentos (anestésicos, analgésicos e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória);
- r)** equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.1.2 - A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- a)** cama/maca de recuperação com grade;
- b)** tensiômetro ou similar;
- c)** laringoscópio adulto ou infantil;
- d)** capnógrafo;
- e)** ventilador pulmonar adulto e infantil;
- f)** aspirador contínuo elétrico;
- g)** estetoscópio;
- h)** fonte de oxigênio e vácuo;
- i)** monitor cardíaco;
- j)** oxímetro de pulso;
- k)** eletrocardiógrafo;
- l)** maca hospitalar com grade;
- m)** material de consumo;
- n)** medicamentos.

Observação: Nas unidades um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no complexo cirúrgico.

6 - RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 - As unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência (regime de Hospital Dia), com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 - As unidades estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para

atendimento de urgências e emergências.

6.3 - Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7 - ORGANIZAÇÃO

7.1 - Todas as unidades classificadas nestas normas deverão possuir:

- a)** registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
- b)** registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
- c)** registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- d)** registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 - Deverá haver uma programação diária de cirurgias para todas as salas, levando-se em conta o potencial de contaminação da cirurgia.

7.3 - Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer às determinações do Ministério da Saúde.

7.4 - Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.5 - Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.6 - Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8 - Funcionamento

8.1 - Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia) deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 - Os estabelecimentos deverão ser planejados levando-se em conta possíveis limitações físicas dos pacientes, que possam dificultar a locomoção e au-

mentar a vulnerabilidade a acidentes.

8.3 - É proibida a localização destes estabelecimentos em zonas próximas a depósitos de lixo, indústrias ruidosas e/ou poluentes, grandes armazéns, oficinas e depósitos de materiais inflamáveis, cursos de água e atmosfera poluída.

8.4 - Os serviços que realizam cirurgias com internação de curta permanência (regime de Hospital Dia), só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.5 - Os estabelecimentos deverão contar com um res-

ponsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina local.

8.6 - Os estabelecimentos deverão contar com retaguarda hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessário para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.7 - Os estabelecimentos deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

Relação das cirurgias oftalmológicas com porte 4 ou superior:

CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO	PORTE ANESTÉSICO
PÁLPEBRA (3.03.01.00-9)		
3.03.01.17-3	Pálpebra - Reconstrução total (com ou sem ressecção de tumor) – por estágio	4
3.03.01.22-0	Supercílio – reconstrução total	4
CAVIDADE ORBITÁRIA (3.03.02.00-5)		
3.03.02.01-3	Correção da enoftalmia	4
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo ótico	5
3.03.02.03-0	Exenteração com osteotomia	5
3.03.02.04-8	Exenteração de órbita	5
3.03.02.05-6	Exérese de tumor com abordagem craniofacial oncológica (tempo facial) pálpebra cavidade orbitária e olhos	7
3.03.02.07-2	Fratura de órbita – redução cirúrgica e enxerto ósseo	4
3.03.02.09-9	Microcirurgia para tumores orbitários	7
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias	5
3.03.02.11-0	Reconstrução parcial da cavidade orbital – por estágio	4
3.03.02.12-9	Reconstrução total de paredes orbital – por estágio	5
3.03.02.13-7	Tumor de órbita - exérese	5
CONJUNTIVA (3.03.03.00-1)		
3.03.03.12-5	Reconstrução de superfície ocular com membrana amniótica	5
3.03.03.09-5	Transplante de limbo	5

CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO	PORTE ANESTÉSICO
CÓRNEA (3.03.04.00-8)		
3.03.04.11-3	Transplante lamelar anterior	5
3.03.04.12-1	Transplante lamelar posterior	5
3.15.01.01-0	Transplante de córnea	5
CÂMARA ANTERIOR (3.03.05.00-4)		
3.03.05.02-0	Reconstrução da câmara anterior	4
3.03.05.04-7	Retirada de corpo estranho da câmara anterior	4
CRISTALINO (3.03.06.00-0)		
3.03.06.02-7	Facetomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	5
3.03.06.03-5	Facetomia com lente intra-ocular sem facoemulsificação	4
3.03.06.08-6	Implante refrativo de lente intraocular fática	4
3.03.06.11-3	Reposicionamento de lentes intraoculares	4
CORPO VÍTREO (3.03.07.00-7)		
3.03.07.10-4	Vitrectomia a céu aberto/ceratoprótese	5
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior	4
3.03.07.12-0	Vitrectomia vias pars plana	5
ESCLERA (3.03.08.00-3)		
3.03.08.02-0	Enxerto de esclera (qualquer técnica)	4
BULBO OCULAR (3.03.09.00-0)		
3.03.09.03-4	Reconstituição de globo ocular com lesão de estruturas intraoculares	5
ÍRIS E CORPO CILIAR (3.03.10.00-8)		
3.03.10.12-1	Cirurgia antiglaucomatosa via angular (com ou sem implante de drenagem)	4
3.03.10.03-2	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	4
3.03.10.04-0	Cirurgias fistulizantes com implante de drenagem	4
3.03.10.05-9	Drenagem de descolamento de coróide	4
3.03.10.07-5	Goniotomia ou trabeculotomia	5
3.03.10.09-1	Iridociclectomia	5
3.03.10.15-6	Revisão de cirurgia fistulizante antiglaucomatosa	4
3.03.10.14-8	Sutura de íris – pupiloplastia	5
MÚSCULOS (3.03.11.00-4)		
3.03.11.02-0	Cirurgia com sutura ajustável	4
3.03.11.03-9	Estrabismo ciclo vertical/transposição - Monocular	4
3.03.11.04-7	Estrabismo horizontal - Monocular	4

CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO	PORTE ANESTÉSICO
RETINA (3.03.12.00-0)		
3.03.12.02-7	Biópsia de retina	4
3.03.12.03-5	Exérese de tumor de coróide e/ou corpo ciliar	4
3.03.12.05-1	Infusão de gás expansor	4
3.03.12.12-4	Pantofotocoagulação na retinopatia da prematuridade – binocular	5
3.03.12.08-6	Retinopexia com introflexão escleral	5
3.03.12.11-6	Retinotomia relaxante	4
3.03.12.15-9	Termoterapia transpupilar	4
VIAS LACRIMAIS (3.03.13.00-7)		
3.03.13.01-5	Cirurgia da glândula lacrimal	4
3.03.13.03-1	Dacriocistorrinostomia com ou sem intubação - unilateral	4
3.03.13.05-8	Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material	4

Fornecimento de material hospitalar

Neste item precisamos levar em conta quatro fatores:

- A Responsabilidade Civil do médico na utilização de materiais médico-hospitalares.
- A Responsabilidade Civil dos centros cirúrgicos.
- A dificuldade com os centros cirúrgicos.
- A Responsabilidade Civil das operadoras na ocupação das atividades dos médicos e dos centros cirúrgicos.

O médico responde “in eligendo” e “in vigilando” pelo seu trabalho. É responsável pelo que eleger e tem a obrigação de vigiar aquilo que eleger para o seu paciente. No entanto, a Justiça tem entendido que no caso de algum dano, a empresa operadora pode e deve ser acionada em primeiro lugar, por ter dado aval ao médico credenciado, induzindo o paciente a procurar aquele médico, através do credenciamento ou do referenciamento exclusivo, impossibilitando a livre escolha por parte do interessado.

Os centros cirúrgicos também têm responsabilidade na prestação de serviços, tendo pessoal treina-

do para manusear e fiscalizar o material hospitalar, assim como lugar próprio para armazenar este material, que requer espaço físico e cuidados especiais como controle de umidade, calor, exposição ao sol, furto, perda da validade, etc.

Caso seja estabelecido o fornecimento do material cirúrgico por parte das empresas operadoras, com o que não concordam o CBO, a SBO e a COOESO, ocorrerá dificuldades com os centros cirúrgicos que se verão desobrigados a manter estoque regulador deste material. Caso ocorra um imprevisto, como contaminação ou quebra do material, a cirurgia será afetada. Exigir que o centro cirúrgico, ou o próprio médico, mantenha sempre um estoque de reserva de todo o material hospitalar possível de ser utilizado nos parece um contra senso e uma arbitrariedade.

Se o fornecimento do material hospitalar passar a ser feito pelas operadoras, serão necessárias salvaguardas jurídicas estipulando a Responsabilidade Civil destas operadoras na ocupação das atividades dos médicos e dos centros cirúrgicos.

Pacotes dissociados de Honorários Médicos

Reconhecemos que os pacotes têm algumas vantagens, tais como: facilitar as faturas, acabar com as glosas e controlar as cobranças indevidas.

A pergunta que se faz necessária é:

O pacote diminui os custos das operadoras?

Atualmente, alguns destes pacotes estão sendo feitos englobando honorários médicos (inclusive do anestesista) com taxas, materiais, medicamentos, LIOs, exames pré e pós-operatórios, curativos, reoperações se necessárias.

O honorário médico não pode entrar no pacote. Ele não tem relação com custo de taxas, materiais e medicamentos.

Muitos médicos, pressionados pelos planos de saúde, diante do reajuste constante dos demais itens do pacote, cortam perigosamente os seus custos. Surgem problemas que podem causar grandes prejuízos:

- Ausência de anestesista na sala.
- Reutilização indesejável de material descartável.
- Avaliação pré-operatória deficiente.
- Utilização de material de baixa qualidade.
- Diminuição da qualidade do serviço prestado, devido ao aumento da demanda. O médico é pressionado a trabalhar com quantidade, caindo a qualidade do seu serviço.

O “pacote” pode, desta forma, se virar contra o paciente, trazendo problemas sérios na prestação do serviço médico.

Os preços baixos ora praticados nas cirurgias oftalmológicas foram impostos pela concorrência distorcida que ocorre no sistema, levando a uma situação perigosa, que acaba por negligenciar os cuidados com a segurança dos centros cirúrgicos,

expondo o paciente a riscos desnecessários, acarretado pela filosofia obtusa de diminuição de custos a qualquer custo. A diminuição dos custos em cirurgias oftalmológicas tem um limite: a segurança do paciente.’

Centros cirúrgicos de boa qualidade foram nivelados por baixo com salas impróprias para a execução de cirurgias oftalmológicas que lidam com pacientes idosos, hipertensos, diabéticos, cardiopatas e com diversas outras patologias associadas, além da própria tensão e angústia diante do evento cirúrgico.

Tudo isto em nome da falsa assertiva de preço de mercado.

A FeCOESO pretende oferecer duas alternativas para os prestadores de serviços oftalmológicos:

01 - Fatura aberta para os prestadores que assim desejarem.

- Material e medicamentos pelo Brasíndice.
- Taxas de sala, internação e outras a combinar entre as partes.

02 - Pacote fechado, com precificação analisada em períodos a serem estipulados. A sugestão de precificação é baseada na relação de materiais e medicamentos utilizados nas diversas cirurgias oftalmológicas, constante neste manual.

Evidentemente, as duas alternativas serão acompanhadas e, nos casos solicitados pela operadora, auditadas pela FeCOESO.

Os honorários médicos estarão fora dos pacotes, sendo cobrados à parte.

Os “pacotes” somente estipularão as taxas, materiais e medicamentos.

Referenciamento exclusivo de oftalmologistas

A FeCOOESO é contrária ao referenciamento exclusivo de colegas com o intuito de realizar cirurgias ou procedimentos oftalmológicos.

Trata-se de uma conduta antiética, que fere o Código de Ética Médica. Além disso, contraria os interesses dos

pacientes que passam a ser desviados para médicos desconhecidos.

Mediante reclamação por escrito de cooperados, a FeCOOESO encaminhará aos Conselhos Regionais de Medicina, denúncia contra operadoras (diretor médico responsável) e serviços envolvidos com tal prática.

Desburocratização dos serviços

Pretendemos facilitar o atendimento ao paciente, diminuindo a burocracia, a papelada e os custos. O primeiro passo seria a implantação da Guia Oftalmológica Única, englobando consulta e tonometria ocular.

**CONSULTA OFTALMOLÓGICA
= CONSULTA + TONOMETRIA**

Comitê do Centro Cirúrgico Oftalmológico da FeCOOESO

Responsável Técnico: Paulo Cesar Fontes
Considerando-se que:

1º) Como dispõe o artigo 28 do Decreto nº 20.931 de 11/01/1932, “nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado, para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal”.

2º) Também de acordo com resolução do CREMERJ nº 81/94, “todos os estabelecimentos de prestação direta ou indireta, de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um responsável técnico.” Incluem-se na obrigatoriedade os planos de saúde privados, bem como qualquer gênero de administração de serviços de saúde mantidos, direta ou indiretamente, por empresas públicas ou privadas.

3º) O diretor técnico é o principal responsável médico pela instituição, não somente perante o CREMERJ, como também perante a lei.

4º) O diretor técnico é o médico legalmente responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento.

5º) De acordo com a resolução CFM 997/80 “o diretor técnico médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.”

6º) São atribuições do diretor técnico entre outras:
a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis para a prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

c) Assegurar o pleno funcionamento das Comissões de Ética Médica.

d) Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outros quando exigir a legislação em vigor.

7º) De acordo com o Código de Ética Médica “o estabelecimento de saúde, enquanto pessoa jurídica, esta disciplinado pelo Código de Ética Médica através do seu Diretor Médico Responsável”.

8º) Ainda de acordo com o Código de Ética Médica:

Capítulo I, inciso II: “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

Capítulo I, inciso III: “para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”.

Capítulo I, inciso XV: “o médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico”.

Capítulo I, inciso XVI: “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para execução do tratamento, salvo em benefício do paciente”.

Capítulo I, inciso XVII: “o médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

Artigo 19: “deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

Artigo 56: “É vedado ao médico utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.”

9º) França, Genival Veloso, em “Comentários ao Código de Ética Médica”, 3ª Edição 2000. “Qualquer que seja a restrição imposta pelo dirigente, como, por exemplo, no sentido de baratear custo, suprimindo meios e recursos em detrimento do paciente e favorecendo uma prática médica inadequada, está configurada uma agressão aos princípios éticos, e o médico não deve aceitar tal imposição”.

10º) A Resolução CREMERJ nº 19 de 20/08/1987 dispõe sobre os critérios a serem seguidos por empresas de Medicina de Grupo na contratação de serviços médicos e, dá outras providências:

Artigo 1º: A contratação de serviços médicos por empresas de Medicina de Grupo que atuam no Rio de Janeiro, obedecerá aos seguintes critérios:

a) O paciente tem ampla e total liberdade de escolha do médico.

b) O médico tem total liberdade de aceitar ou recusar pacientes, dentro dos limites éticos.

c) O médico tem ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos.

d) Os honorários para convênios obedecerão aos limites fixados pela Lista de Procedimentos Médicos.

e) O médico e o paciente têm inteira liberdade de escolha dos estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares, desde que devidamente inscrito no CREMERJ.

f) O pagamento de honorários médicos deverá ser feito no máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da fatura à empresa.

g) O pagamento de honorários médicos não poderá deixar de ser efetuado sob qualquer pretexto.

h) As empresas contratantes estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no CID da OMS.

i) É vedado a empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique a revelação de fatos que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Artigo 2º: O não cumprimento da presente resolução importará em procedimento ético profissional contra os diretores técnicos das empresas contratantes por infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Artigo 3º: As empresas que descumprirem a presente resolução terão seu registro cancelado no CREMERJ, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária para as providências cabíveis.

11) O parecer sobre cirurgias oftalmológicas emitido pelo CBO e SBO:

A facectomia extracapsular com implante de lente intraocular é normalmente realizada com bloqueio anestésico + sedação e, segundo a Resolução 1.409/94

do Conselho Federal de Medicina, há necessidade de internação de curta duração. Pode ser realizada, em alguns casos com anestesia tópica.

A internação (pernoite) é excepcional, e deverá ser justificada por situação clínica especial, a ser discutida com o convênio com parecer do clínico ou cardiologista recomendando a internação.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia emitiu um parecer a respeito das cirurgias oftalmológicas, enviado à maioria das principais operadoras de planos de saúde e a todos os Conselhos Regionais de Medicina, que pode ser conferido neste manual.

Tabelas de Referência

Critérios utilizados:

a) Consulta à quatro instituições consideradas do Tipo III ou IV da classificação estabelecida pela lei estadual de nº 3.850/2002 que regula o funcionamento dos centros cirúrgicos fora do ambiente hospitalar de acordo com o que preceitua o CREMERJ.

b) Consulta à tabelas da Associação dos Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro no que se refere à cobrança de taxas e equipamentos.

c) Consulta ao Brasíndice para precificação dos materiais e medicamentos usados nas diferentes cirurgias sem acrescentar margem de comercialização.

Planilhas de Cirurgias

As planilhas apresentadas nas páginas a seguir foram elaboradas a partir de metodologia que envolveu con-

sultas ao mercado e servem como referência para negociação, respeitando-se características regionais.

EXÉRESE DE TUMOR PÁLPEBRAL	
Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	104,50
Gases mediciais	4,64
Materiais *	144,90
Medicamentos **	214,43
Taxas e equipamentos***	370,40
Total geral	838,87

* Considerando: agulha descartável (6), compressa cirúrgica (2), compressa gase cirúrgica pacote (7), hastes flexíveis (cotonetes) (30), eletrodos (5), equipo soro gotas (1), escova degermante (pvpi) (2), fio seda 6.0 (1), jelco 24 (1), lâmina bisturi nº 15 (1), luva descartável (3), micropore 50x10 (esteril) (2), oclisor ocular (1), seringa descartável 05ml (2), seringa descartável 10ml (2).

** Considerando: água para injeção 10ml (1), álcool swabs (5), colírio anestésico 10ml (1), colírio antibiótico 1ml (1), dipiro- na amp (1), dormonid amp. 5mg (5ml) (1), iodopovidona 10ml (1), kefazol 1 gr (1), naropin 10 mg/ml (1), ondanles 4mg (1), pomada cicatrizante 1g (1), povidine degermante 50ml (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (2), tenoxicam 20mg (1), xilestesin 2% c/vasoconstritor (1).

Materiais, Medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril/2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

PTERIGIO SOB ANESTESIA TÓPICA / LOCAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,64
Materiais *	417,82
Medicamentos **	70,13
Taxas e equipamentos	355,65
Total geral	908,74

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), campo cirurg. c/bag* (1), compressa cirúrgica (3), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonete) (15), eletrodos descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante (pvpi) (4), fio cirúrgico polivícril (1), gorro (4), jelco 24 (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micropore 50x10 (esteril) 30cm (1), oclisor ocular (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 3ml (1), seringa descartável 5ml (1), touca descartável (4).

** Considerando: álcool swabs (5), colírio anestésico 1ml (1), colírio antibiótico 1ml (1), dipirona amp (1), glicose 50% amp (1), povidine degermante 40 ml (1), povidine tópico 40ml (1), soro fisiológico 0,9% 500ml (1), tobradex pomada (1), valium 10mg comp (1), xilestesin 2% c/vasoconstritor.

PTERIGIO SOB BLOQUEIO PERIBULBAR

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,64
Materiais *	779,00
Medicamentos **	367,26
Taxas e equipamentos	390,76
Total geral	1.602,16

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), álcool 70 graus (1), algodão bola (3), avental descartável (1), curativos adesivos (1), canula endotraqueal (1), cateter aspiração (1), compressa cirúrgica (5), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos (3), equipo soro gotas - hartman (1), escovas degermantes (pvpi) (4), fio polivícril 6-0 (2), fio seda 7.0 (1), jelco 22 (1), luva descartável 7.5 (4), máscara descartável (4), micropore 3m25x10 (1), micro esponja pta. afiada pac. 10 unid (1), oclisor ocular (estéril) (1), polífix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 01ml - insulina (3), seringa descartável 03ml (2), seringa descartável 5 ml (2), seringa descartável 10ml (1), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: água destilada 1000ml (1), água destilada 10ml (3), colírio anestésico (0,33), iodopovidona col. (1), atropina 25mg injetável (1), bss bolsa 250 ml sol. salina (1), corticóide depósito amp. (1), gentamicina 80 mg amp (1), dipirona 2ml injetável (1), metoclopramida injetável (1), iodopovidona tópica (1), servoflurano 250ml (20 ml), antisséptico cremoso 100ml (1), soro glicosado 250ml (1), tiopental sódico(1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

PLÁSTICA DE CONJUNTIVA CIRURGIA COMPLEMENTAR A CIRURGIA DE REMOÇÃO DO PTERÍGIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	264,20
Gases mediciais	5,95
Materiais *	496,88
Medicamentos **	37,53
Taxas e equipamentos***	541,71
Total geral	1.346,27

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

*Considerando: agulha descartável (5), campo cirúrgico com bag c/ bag (1), compressa gase pacote (3), eletrodo descartável (5), equipo soro (1), fio vicryl 6-0 j 544 G (1), fio seda preta 8-0 1753G (1), escovas degermante PVPI (4), luva descartável (4), máscara descartável (4), oclisor ocular (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10 ml (1).

**Considerando: água destilada 10ml (1), anestalcon 0,5% col. (1), dormonid inj. (1), fentanil 2ml ampola (1), iodo povidona 10ml (1ml), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1).

ESTRABISMO SOB BLOQUEIO PERIBULBAR

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,64
Materiais *	693,01
Medicamentos **	349,22
Taxas e equipamentos	390,76
Total geral	1.542,90

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), álcool 70 graus (1), algodão bola (3), avental descartável (1), curativos adesivos (1), canula endotraquial (1), cateter aspiração (1), compressa cirúrgica (5), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos (3), equipo soro gotas - hartman (1), escovas degermantes (pvpi) (4), fio polivícril 6-0 (2), fio seda 7.0 (1), jelco 22 (1), luva descartável 7.5 (4), máscara descartável (4), micropore 3m25x10 (1), micro esponja pta.afiada pac. 10 unid (1), oclor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 01ml - insulina (3), seringa descartável 03 ml (2), seringa descartável 05 ml (2), seringa descartável 10ml (1), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: água destilada 1000ml (1), água destilada 10ml (3), colírio anestésico (0,33), iodopovidona col. (1), atropina 25mg injetável (1), bss bolsa 250 ml sol. Salina (1), corticóide depósito amp. (1), gentamicina 80 mg amp (1), dipirona 2ml injetável (1), metoclopramida injetável (1), iodopovidona tópica (1), servoflurano 250ml (20ml), antisséptico cremoso 100ml (1), soro glicosado 250ml (1), tiopental sódico (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

ESTRABISMO SOB ANESTESIA GERAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	9,30
Materiais *	756,94
Medicamentos **	330,22
Taxas e equipamentos	470,03
Total geral	1.671,76

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), álcool 70 graus (1), algodão bola (3) avental descartável (1), curativos adesivos (1), canula endotraquial (1), cateter aspiração (1), compressa cirúrgica (5), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos (3), equipo soro gotas - hartman (1), escovas degermantes (pvpi) (4), fio polivícril 6-0 (2), fio seda 7.0 (1) jelco 22 (1), luva descartável 7.5 (4), máscara descartável (4), micropore 3m 2 5x 10 (1), micro esponja pta.afiada pac. 10 unid (1), oclor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 01ml - insulina (3), seringa descartável 03ml (2), seringa descartável 5 ml (2), seringa descartável 10ml (1), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: água destilada 1000ml (1), água destilada 10ml (3), colírio anestésico 0,33, iodopovidona col. (1), atropina 25mg injetável (1), bss bolsa 250 ml sol. salina (1), corticóide depósito amp. (1), gentamicina 80 mg amp (1), dipirona 2ml injetável (1), metoclopramida injetável (1), iodopovidona tópica (1), servoflurano 250ml (20ml), antisséptico cremoso 100ml (1), soro glicosado 250ml (1), tiopental sódico (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

ANTIGLAUCOMATOSA (TRABECULECTOMIA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 4	185,13
Gases mediciais	4,64
Materiais *	789,48
Medicamentos **	761,68
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	2.224,67

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável reto (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (2), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid.(1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (3), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio polyvícril 8-0 (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (2), micropore 50 x 10 (estéril) 30cm, oclor ocular (estéril) (1) polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 0,5ml (2) seringa descartável 10ml (3), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss 250 ml fr. (1), ofloxacina 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp. (2), propofol 20ml (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), mitocin 5mg fr. (1), iodopovidona tópica (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), viscoelástico coesivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 4	185,13
Gases mediciais	9,30
Materiais *	2.367,22
Medicamentos **	680,71
Taxas e equipamentos	487,71
Total geral	3.730,07

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável reto (1), campo opera-tório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (2), fio seda 8-0 (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (1), micropore 50 x 10 (estéril) (1), oclisor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), punch descartável barrow (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4), trépano descartável hessburg (1).

** Considerando: colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss 250 ml fr. (1), ofloxacina col. (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), pilocarpina 2% col. (1), iodopovidona col. (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

TRANSPLANTE DE CÓRNEA + VITRECTOMIA ANT. C/ FIXAÇÃO OU REPOSIÇÃO DE LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	185,13
Gases mediciais	9,30
Materiais *	4.046,88
Medicamentos **	745,26
Taxas e equipamentos	487,73
Total geral	5.474,30

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável reto (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermante (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (2), fio polypropylene 10-0 (1), fio seda 8-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (2), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), oclisor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), punch descartável barrow (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), sonda p/ vitrectomia anterior (1), touca descartável (4), trépano descartável hessburg (1).

** Considerando: colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss 250 ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ofloxacina col. (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), pilocarpina 2% (1), iodopovidona col. (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vanco-micina 500 mg fr (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

TRANSP. DE CÓRNEA + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	9,30
Materiais *	3.653,12
Medicamentos **	965,37
Taxas e equipamentos	483,73
Total geral	5.335,37

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3.0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermante (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (2), fio seda preta 6-0 (1), kit completo para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), oclisor ocular (estéril) (1), punch descartável barrow (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (3), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4), trepano descartável hessburg(1).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col (1), ofloxacina col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0.9% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

TRANSP. DE CÓRNEA + FACECTOMIA ECP AUTOMATIZADA COM OU SEM LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	9,30
Materiais *	3.467,08
Medicamentos **	866,42
Taxas e equipamentos	487,73
Total geral	5.054,38

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável reto (1), campo opera-tório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (1), eletrodos conj. c/3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (2), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unid. (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), oclisor ocular (estéril) (1), punch descartável barrow (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1 ml (1), seringa descartável 5ml (3), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), trépano descartável hessburg (1), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col (1), ofloxacina (1), corticoide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9 % 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	1.964,79
Medicamentos **	848,63
Taxas e equipamentos	483,73
Total geral	3.525,64

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi desc. para tunelização (1), bisturi desc. ang. 3-0 (1), bisturi desc ang. 3-75 (1), bisturi descartável reto (1), campo oper. descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), cotonete (10), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unid. (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), oclisor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1 ml (1), seringa descartável 5ml (2), seringa descartável 10ml (2), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col (1), corticoide 4mg amp. (1), diprivan 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml ampola (1), gentamicina 80mg amp. (1), histolítico (hyalozyma) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1)ml, marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), miostat 1,5ml ampola (1), mydriacyl 1% 5ml col (1), iodopovidona col (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0.9% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO + TRABECULECTOMIA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases medicinais	4,64
Materiais *	1.962,65
Medicamentos **	1043,75
Taxas e Equipamentos	483,73
Total Geral	3.718,62

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3.0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio polyvicril 8.0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit completo para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), oclisor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (2), seringa descartável 10ml (2), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ofloxacina (1), ciclopégico 5ml col (1), corticoide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozyma) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaina 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), mitocin 5mg fr (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0.9% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO +LIO+VITRECTOMIA ANTERIOR

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	2.468,82
Medicamentos **	911,37
Taxas e equipamentos	483,73
Total geral	4.092,41

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3.0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit completo para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), ocluser ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (2), seringa descartável 10ml (2), seringa descartável 20ml (2), sonda p/ vitrectomia anterior (1), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ofloxacina (1), ciclopégico 5ml col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentami-cina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0.9% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA EXTRACAPSULAR AUTOMATIZADA COM OU SEM IMPLANTE DE LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases medicinais	4,64
Materiais *	1.774,93
Medicamentos **	911,39
Taxas e Equipamentos	483,74
Total Geral	3.398,55

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável reto (1), campo opera-tório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unid. (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), ocluser ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1 ml (1), seringa descartável 5ml (3), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col (1), ofloxacina (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9 % 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA EXTRACAPSULAR AUTOMATIZADA + LIO + TRABECULECTOMIA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	1.966,59
Medicamentos **	1.043,99
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	3.722,81

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável reto (1), campo oper. 101,5 x 127cm c/ bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermante (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio polyvicril 8.0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unid. (1), micropore 50 x 10 (estéril) (1), ocluser ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1 ml (1), seringa descartável 5ml (3), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ofloxacina col (1), ciclopégico 5ml col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), mitocin 5mg fr (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9 % 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

FACECTOMIA ECP AUTOMATIZADA COM OU SEM LIO + VITRECTOMIA ANTERIOR

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	2309,12
Medicamentos **	895,62
Taxas e equipamentos	483,74
Total Geral	3.916,97

Materiais, medicamentos e descartáveis brásindice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável reto (1), campo ope-ratório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (1), eletrodos conj. c/3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para faco-emulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unid. (1), micropore 50 x 10 (estéril) (3), oclor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (3), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), sonda p/ vitrectomia anterior (1), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), azul trypan (1), bss 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), corticóide col. (1), ciclopégico 5ml col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

IMPLANTE SECUNDÁRIO + FIXAÇÃO DE LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	1.138,57
Medicamentos **	800,45
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	2.651,25

Materiais, medicamentos e descartáveis brásindice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3-0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo ope-ratório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio polypropilene 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), oclor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (2), seringa descartável 10ml (3), seringa descartável 20ml (2), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), bss 250ml fr. (1), ofloxacina 5 ml col (1), ciclopégico 5ml col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), viscoelástico coesivo (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

IMPLANTE SECUNDÁRIO + VITRECTOMIA ANTERIOR + FIXAÇÃO DE LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,64
Materiais *	2395,60
Medicamentos **	707,98
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	3.815,81

Materiais, medicamentos e descartáveis brásindice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: água destilada 10ml (3), agulha descartável (6), algodão bola (5), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3-0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (10), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo soro (1), escovas degermantes (pvpi) (4), esparadrapo pequeno 30 cm (1), jelco 22 (1), fio mononylon 10-0 (1), fio polypropilene 10-0 (1), fio seda preta 6-0 (1), kit i/a para facoemulsificador (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja c/ 10 unidades (10), micropore 50 x 10 (estéril) (30 cm), oclor ocular (estéril) (1), polifix 2 vias (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (2), seringa descartável 10ml (3), seringa descartável 20ml (2), sonda p/ vitrectomia anterior (1), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico (1), bss 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ofloxacina (1), ciclopégico 5ml col (1), corticóide 4mg amp. (1), propofol 20ml (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanila 2ml amp. (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), miótico intraocular (1), tropicamida col. (1), iodopovidona col. (1), soro glicosado 5% 250ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	9,28
Materiais *	979,35
Medicamentos **	418,54
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	2.114,76

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (30), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), Equipe de soro (1), esclerotomo 20ga (1), esparadrado pequeno 30 cm (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. (4), algodão (1), fio mersilene 5-0 (1), fio polivícryl 6-0 (1), fio polivícryl 7-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), jelco 22 (1), luva descartável (4), escovas degermante (pvpi) (4), máscara descartável (5), micro esponja c/ 10 unid. (1), oclisor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 10ml (3), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss bolsa 250ml fr. (1), ciprofloxacina col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida (2), propofol 20ml (1), miorelaxante/anal-gésico comp. (1), gentamicina 80mg (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), iodo povidona col. (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/anal-gésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	20,37
Materiais *	3.393,06
Medicamentos **	1.426,12
Taxas e equipamentos	483,74
Total geral	5.548,14

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1) campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (5), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparadrado pequeno 30 cm (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. (4), algodão (1), fio polivícryl 6-0 (1), fio polivícryl 7-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), jelco 22 (1), kit comp com sonda p/vitrectomia posterior (1), kit para infusão vgf (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), micro esponja c/10 unidades (1), oclisor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 10ml (5), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), cicloplegico col (1), c3 f8 perfluropropane (3mg), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/anal-gésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida 1% col (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/anal-gésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	20,37
Materiais *	3.655,48
Medicamentos **	927,56
Taxas e equipamentos	487,74
Total geral	5.315,00

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), campo operatório descartável com bag. (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparad. impermeável pequeno (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. 4.0 algodão (1), fio mersilene 5-0 (1), fio polivícryl 6-0 (1), fio polivícryl 7-0 (1), micropore 50 x10 (estéril) (120 cm), jelco 22 (1), kit completo com sonda para vitrectomia posterior (1), kit para infusão ugf (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), oclisor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 01ml (1), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), cicloplegico 5ml col. (1), ofloxacina 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/anal-gésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida col. (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), perfluroctano (1), iodopovidona col. (1), solução ringer lactato 500ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/anal-gésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + ENDOLASER

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	20,37
Materiais *	4.722,07
Medicamentos **	774,54
Taxas e equipamentos	487,74
Total geral	6.228,57

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754

(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparad. impermeável pequeno (1), polifix 2 vias (1), fio polivícril 6-0 (1), fio polivícril 7-0 (1), micropore 50 x10 (estéril) (120 cm), jelco 22 (1), kit completo com sonda para vitrectomia posterior (1), kit para infusão ughi (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), oclusor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 01ml (1), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), sonda de endolaser (1), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col. (1), ofloxacina 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida col. (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), iodopovidona col. (1), solução ringer lactato 500ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte	329,12
Gases mediciais	30,56
Materiais *	4.055,41
Medicamentos **	1.464,87
Taxas e equipamentos	491,74
Total geral	6.371,70

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754

(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), cura-tivos adesivos (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (5), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparadrappo pequeno 30 cm (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. (4), algodão (1), fio polivícril 6-0 (1), fio polivícril 7-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), jelco 22 (1), kit comp com sonda p/vitrectomia posterior (1), kit para infusão vghi (1), linha para inj. de óleo de silicone (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), micro esponja c/10 unidades (1), oclusor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 10ml (5), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico col (1), c3 f8 perfluropropane (3mg), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida col (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), óleo de silicone 5000 (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. comp (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	20,37
Materiais *	4.190,34
Medicamentos **	1.685,46
Taxas e equipamentos	688,46
Total geral	6.808,48

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754

(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), campo operatório descartável com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (5), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparadrappo pequeno 30 cm (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. 4.0 algodão (1), fio polivícril 6-0 (1), fio polivícril 7-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), jelco 22 (1), kit comp com sonda p/vitrectomia posterior (1), kit para infusão vghi (1), linha para inj. de óleo de silicone (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), micro esponja c/10 unidades (1), oclusor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 10ml (5), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico col (1), c3 f8 perfluropropane (3mg), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp. (2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida 1% col (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), perflurooctano (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

**VITRECTOMIA VIA PARS PLANA
+ RETINOPEXIA + ENDOLASER**

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	20,37
Materiais *	5.147,35
Medicamentos **	1.404,25
Taxas e equipamentos	688,45
Total geral	7.484,27

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), campo operatório descartável com bag. (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparad. impermeável pequeno (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. 4.0 algodão (1), fio mersilene 5-0 (1), fio polivicyl 6-0 (1), fio polivicyl 7-0 (1), micropore 50 x10 (estéril) (120 cm), jelco 22 (1), kit completo com sonda para vitrectomia posterior (1), kit para infusão ugfi (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), oclisor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 01ml (1), seringa descartável 10ml (4), seringa descartável 20ml (3), sonda de endolaser (1), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col. (1), ofloxacina 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida col. (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), perfluo-roctano (1), iodopovidona col. (1), solução ringer lactato 500ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

**VITRECTOMIA VP PLANA + RETINOPEXIA
+ ENDOLASER+ ÓLEO DE SILICONE**

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 7	329,12
Gases mediciais	30,56
Materiais *	5.249,40
Medicamentos **	1.255,07
Taxas e equipamentos	491,74
Total geral	7.355,89

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), campo operatório descartável com bag. (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (30), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), escovas degermantes (pvpi) (5), esparad. impermeável pequeno (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. 4.0 algodão (1), fio polivicyl 6-0 (1), fio polivicyl 7-0 (1), micropor3 50 x10 (estéril) (120 cm), jelco 22 (1), kit completo com sonda para vitrectomia posterior (1), kit para infusão ugfi (1), linha para inj. de óleo de silicone (1), luva descartável (5), máscara descartável (5), oclisor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 01ml (1), seringa descartável 5 ml (1), seringa descartável 10ml (2), seringa descartável 20ml (3), sonda de endolaser (1), touca descartável (5).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (1), ciclopégico 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp.(2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), gentamicina 80mg ampola (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), tropicamida col. (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), óleo de silicone 5000 (1), perfluoroc-tano (1), iodopovidona col. (1), solução ringer lactato 500ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaína 2% s/ vasoconstritor (1).

VVPP+ RETINOPEXIA + ENDOLASER + ÓLEO DE SILICONE + FACO + LIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 7	329,12
Gases mediciais	30,56
Materiais *	7.985,13
Medicamentos **	1.742,51
Taxas e equipamentos	491,74
Total geral	10.579,06

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (10), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), bisturi descartável para tunelização (1), bisturi descartável ang. 3.0 (1), bisturi descartável ang. 3.75 (1), bisturi descartável reto (1), campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (2), compressa gase cirúrgica pacote (6), hastes flexíveis (cotonetes) (20), eletrodos conj. c/ 3 unid. (1), equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), esparadrapo pequeno (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. 4.0 algodão (1), fio mersilene 5-0 (1), fio polivícryl 6-0 (1), fio polivícryl 7-0 (1), fio seda 6-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (1.20 cm), jelco 22 (1), kit comp com sonda p/vitrectomia posterior (1), kit completo para facoemulsificador (1), kit para infusão vgf (1), linha para inj. de óleo de silicone (1), luva descartável (7), escovas degermante (pvpi) (7), máscara descartável (7), oclutor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (7), seringa descartável 01ml (1), seringa descartável 5 ml (3), seringa descartável 03ml (1), seringa descartável 10ml (2), seringa descartável 20ml (3), sonda de endolaser (1), touca descartável (7).

** Considerando: água destilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), azul trypan (1), bss bolsa 250ml fr. (1), bss 500 ml fr. (2), ciclopégico 5ml col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida comp. (2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), fenilefrina col. 10% (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), óleo de silicone 5000 (1), perfluorotano (1), iodopovidona col. (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), viscoelástico coesivo (1), viscoelástico dispersivo (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

EXÉRESE DE CALÁZIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 0	44,77
Gases mediciais	4,64
Materiais *	300,97
Medicamentos **	66,68
Taxas e equipamentos	237,09
Total geral	654,15

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha descartável (6), agulha retrobulbar (1), algodão bola (5), curativos adesivos (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (1), compressa gase cirúrgica pacote (4), hastes flexíveis (cotonetes) (30), eletrodos conj. c/ 3 unid (1), Equipo de soro (1), esclerotomo 20ga (1), esparadrapo pequeno 30 cm (1), pneu de silicone 277-279 (1), polifix 2 vias (1), fio cirurg. (4), algodão (1), fio mersilene 5-0 (1), fio polivícryl 6-0 (1), fio polivícryl 7-0 (1), micropore 50 x 10 (estéril) (30cm), jelco 22 (1), luva descartável (4), escovas degermante (pvpi) (4), máscara descartável (5), micro esponja c/ 10 unid. (1), oclutor ocular (estéril) (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 10ml (3), seringa descartável 20ml (3), touca descartável (4).

** Considerando: água bidestilada 10ml (5), colírio anestésico (1), atropina 1% col. (1), bss bolsa 250ml fr. (1), ciprofloxacina col. (1), corticóide 4mg amp. (1), acetazolamida (2), propofol 20ml (1), miorelaxante/analgésico comp. (1), gentamicina 80mg (1), histolítico (hyalozima) 2000 ui (1), iodopovidona tópica (1), marcaína 0,75% s/ vasoconstritor (1), metilcelulose 2% c/ seringa (1), anestésico local longa duração 10 mg (1), iodo povidona col. (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1), antiinflamatório/analgésico amp. (1), ansiolítico 10 mg comp. (1), vancomicina 500mg fr (1), xylocaina 2% s/ vasoconstritor (1).

TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,64
Materiais *	172,30
Medicamentos **	3.778,30
Taxas e equipamentos	483,73
Total geral	4.544,24

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

*Considerando: agulha descartável (5), algodão bola (5), campo oper. Visidrape 101,5 x 127cm com bag (1), cateter nasal (1), compressa cirúrgica (3), compressa gase pacote (3), cotonete (10), eletrodo descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante PVPI (4), esparadrapo pequeno 30cm (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), micro esponja com 10 unidades (1), micropore 50x10 esteril (0,30), sapatilha descartável (5), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10 ml (1), transofix (NF) (1), touca descartável (4).

**Considerando: água destilada 10ml (2), anestalcon 0,5% col. (1), dormonid inj. (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanil 2ml ampola (1), iodo povidona 10ml (1ml), mydriacyl 1% 5ml col (1), ocufen (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 100ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), vigamox solução frasco 5ml (1), Lucentis 0,23ml (1).

IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	264,20
Gases mediciais	5,95
Materiais *	132,52
Medicamentos **	4.259,81
Taxas e equipamentos***	541,73
Total geral	5.204,21

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

*Considerando: agulha descartável (5), campo cirúrgico com bag c/ bag (1), compressa gase pacote (3), eletrodo descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante PVPI (4), luva descartável (4), máscara descartável (4), oclutor ocular (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10 ml (1), transofix B BRAUN (1), touca descartável (4).

**Considerando: água destilada 10ml (1), anestalcon 0,5% col. (1), domonid inj. (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanil 2ml ampola (1), iodo povidona 10ml (1ml), mydriacyl 1% 5ml col (1), ocufen (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1), ozurdex – 0,7mg. Impl. Int. (1).

PANTOFOTOCOAGULAÇÃO À LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	359,15
Gases mediciais	5,95
Materiais *	132,52
Medicamentos **	60,10
Taxas e equipamentos***	612,32
Total geral	1.170,05

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

*Considerando: agulha descartável (5), campo cirúrgico com bag c/ bag (1), compressa gase pacote (3), eletrodo descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante PVPI (4), luva descartável (4), máscara descartável (4), oclutor ocular (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10 ml (1), transofix B BRAUN (1), touca descartável (4).

**Considerando: água destilada 10ml (1), anestalcon 0,5% col. (1), domonid inj. (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanil 2ml ampola (1), iodo povidona 10ml (1ml), mydriacyl 1% 5ml col (1), ocufen (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1).

TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	359,15
Gases mediciais	5,95
Materiais *	132,52
Medicamentos **	60,10
Taxas e equipamentos***	612,32
Total geral	1.170,05

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

*Considerando: agulha descartável (5), campo cirúrgico com bag c/ bag (1), compressa gase pacote (3), eletrodo descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante PVPI (4), luva descartável (4), máscara descartável (4), oclutor ocular (1), sapatilha descartável (5), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), seringa descartável 10 ml (1), transofix B BRAUN (1), touca descartável (4).

**Considerando: água destilada 10ml (1), anestalcon 0,5% col. (1), domonid inj. (1), fenilefrina 10% 5ml col. (1), fentanil 2ml ampola (1), iodo povidona 10ml (1ml), mydriacyl 1% 5ml col. (1), ocufen (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250ml (1).

IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL TÉCNICA MANUAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	136,40
Gases mediciais	4,22
Materiais *	1.894,84
Medicamentos **	237,70
Taxas e equipamentos	424,31
Total geral	2.697,47

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha 13x4,5, agulha 25x7 (2), bisturi para esclerotomo (1), campo cirurg. c/ bag* (1), compressa cirúrgica (3), compressa gase cirúrgica pacote (4), cotonete (40), eletrodos descartável (5), escovas degermante (pvpi) (4), gorro (4), lâmina de bisturi nº 11 (1), luva descartável (4), lentes terapêuticas (1), máscara descartável (4), micropore 50x10 (esteril) - 30cm (1), microesponjas pta afiada c/ 10 (mirocel) (1), oclutor ocular (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 3ml (1), seringa descartável 10ml (2), touca descartável (4), anel intra estromal 1 segmento (1).

** Considerando: água destilada 10ml (1), bss plus 500mlalcon (1), colírio anestésico 1ml (1), colírio antibiótico 5ml (1), dormonide 15mg ampola (1), povidine degermante 40ml (1), povidine tópico 40ml (1), solução ringer c/ lactato 500ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1).

IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL TÉCNICA ASSIST. DE FEMTOSSEGUNDO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	136,40
Gases mediciais	4,22
Materiais *	3.214,84
Medicamentos **	237,70
Taxas e equipamentos	1.262,84
Total geral	4.856,00

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: agulha 13x4,5, agulha 25x7 (2), bisturi para esclerotomo (1), campo cirurg. c/ bag* (1), compressa cirúrgica (3), compressa gase cirúrgica pacote (4), cotonete (40), eletrodos descartável (5), escovas degermante (pvpi) (4), gorro (4), kit de aplicação do laser de femtossegundo (1), lâmina de bisturi nº 11 (1), luva descartável (4), lentes terapêuticas (1), máscara descartável (4), micropore 50x10 (esteril) - 30cm (1), microesponjas pta afiada c/ 10 (mirocel) (1), oclutor ocular (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 3ml (1), seringa descartável 10ml (2), touca descartável (4), anel intra estromal (1).

** Considerando: água destilada 10ml (1), bss plus 500mlalcon (1), colírio anestésico 1ml (1), colírio antibiótico 5ml (1), dormonide 15mg ampola (1), povidine degermante 40ml (1), povidine tópico 40ml (1), solução ringer c/ lactato 500ml (1), soro glicosado 5% 250ml (1).

CROSSLINK

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	180,39
Gases mediciais	5,09
Materiais *	164,08
Medicamentos **	251,35
Diárias, taxas e equipamentos	1.111,87
Total geral	1.712,72

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 926
(junho / 2019).

Taxas e aluguel acordo de preços (01/05/2019).

*Considerando: agulha descartável (2), campo cirúrgico com bag (1), compressa gase pacote com 10 (3), microesponja com ponta afiada - merocel (5), equipe soro (1), escovas degermante - PVPI (4), lamina 15° (1), lente terapêutica (1), luva descartável (3), máscara descartável (4), sapatilha descartável (4), seringa descartável 1ml (1), seringa descartável 5ml (1), transofix - B BRAUN (1), touca descartável (3)

**Considerando: água para injeção 10ml (1), anestalcon 0,5% col. (1), dormonid inj. (1), riboflavina 2ml (1), iodo povidona 1ml (1), viganox solução - frasco 5ml (1), povidine tópico 50ml (1), soro fisiológico 0,9% 250 ml (1)

PRK TRADICIONAL ESFERO /
CILÍNDRICO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	498,76
Total Geral	789,36

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: povidine, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, col. lubrificante ocular, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser, cartão do laser (para programar 1 cirurgia em 1 olho), depreciação do laser, monitoramento de laser (MD), manutenção do ar, taxa de esterilização.

PTK - CERATECTOMIA
FOTOTERAPÊUTICA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	498,76
Total Geral	789,36

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 10%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: povidine, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, col. lubrificante ocular, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser, cartão do laser (para programar 1 cirurgia em 1 olho), depreciação do laser, monitoramento de laser (MD), manutenção do ar, taxa de esterilização.

LASIK TRADICIONAL ESFERO /
CILÍNDRICO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	758,67
Total Geral	1.049,27

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: iodopovidina, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, colírio lubrificante, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser, cartão do laser para programar 1 cirurgia em 1 olho), depreciação do microcerátomo, depreciação do laser, monitoramento de laser (MD), manutenção do ar, lâmina do microcerátomo, taxa de esterilização.

PRK PERSONALIZADO ESFERO / CILÍNDRICO + WAVEFRONT

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	943,80
Total Geral	1.234,40

Materiais, medicamentos e descartáveis base índice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares_MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: iodopovidina, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, colírio lubrificante, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser, cartão do laser para programar 1 cirurgia em 1 olho, depreciação do microcerátomo, depreciação do laser, monitoramento de laser (MD), manutenção do ar, lâmina do microcerátomo, taxa de esterilização.

LASIK PERSONALIZADO ESFERO / CILÍNDRICO + WAVEFRONT

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	1.203,59
Total Geral	1.494,19

Materiais, medicamentos e descartáveis base índice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares_MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: iodopovidina, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, colírio lubrificante, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser, cartão do laser para programar 1 cirurgia em 1 olho, depreciação do microcerátomo, depreciação do laser, monitoramento de laser (MD), manutenção do ar, lâmina do microcerátomo, taxa de esterilização.

LASIK COM FEMTOSEGUNDO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases medicinais	44,21
Materiais *	125,99
Medicamentos **	15,13
Taxas e Equipamentos***	2.087,25
Total Geral	2.377,85

Materiais, medicamentos e descartáveis base índice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

Esta planilha considera a realização da cirurgia em uma central de laser aberta.

* Considerando: bota descartável, sapatilha, gorro, avental, máscara, escova, luvas (2 pares_MD e instrumentadora), campo cirúrgico descartável, esponja de celulose, esponja merocel, seringa 20 cc, cânula, bss, bandeja de assepsia, lente de contato terapêutica.

** Considerando: iodopovidina, col. anestesia tópica, col. antibiótico tópico, col. antiinflamatório tópico, colírio lubrificante, ansiolítico e analgésico/antiinflamatório.

*** Considerando: manutenção do excimer laser e do Laser de Femtosegundo, cartão do laser para programar 1 cirurgia em 1 olho, kit de procedimento do Laser de Femtosegundo, monitoramento do laser(MD), taxa de esterilização, depreciação dos Excimer Laser e Femtosegundo.

BIÓPSIA DE CONJUNTIVA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,55
Gases mediciais	4,64
Materiais *	289,61
Medicamentos **	76,40
Taxas e equipamentos	325,17
Total geral	756,37

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola un, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, bisturi descartável, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, escovas degermante (pvpi), fio seda 6.0, gorro, luva descartável, máscara descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 3ml, seringa descartável 5ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável.

** Considerando: colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, formol solução 10% - 30 ml, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, xylocaína 2% c/vasoconstritor.

BIÓPSIA ORBITÁRIA / DRENAGEM DE ABSCESSO DE ÓRBITA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	368,79
Medicamentos **	243,69
Taxas e equipamentos	682,51
Total geral	1.523,46

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml, vidro estéril para material.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), formol solução 10%, hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, pomada cicatrizante - 1g, ondanles 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

CIRURGIA DE GLÂNDULA LACRIMAL - SUSPENSÃO / BIÓPSIA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	952,01
Medicamentos **	235,63
Taxas e equipamentos	794,33
Total geral	2.210,44

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivícryl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10 mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

**DACRIOCISTORRINOSTOMIA
POR ENDOSCOPIA**

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 4	185,13
Gases mediciais	4,62
Materiais *	1.468,27
Medicamentos **	255,16
Taxas e equipamentos	686,15
Total geral	2.599,33

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, cera de osso, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml, sonda de Crawford armado com fio de silicone, surgicell.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaina 2% c/vasoconstritor, xylocaina 2% s/ vasoconstritor.

DERMATOCALAZÉ (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	151,67
Medicamentos **	250,64
Taxas e equipamentos	548,77
Total geral	1.061,00

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, decadron 2 mg, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

ENOFTALMO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	150,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	381,23
Medicamentos **	209,40
Taxas e equipamentos	606,32
Total geral	1.351,61

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, fio polivícrio 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

ENXERTO DE CARTILAGEM AURICULAR

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	173,37
Medicamentos **	197,55
Taxas e equipamentos	545,18
Total geral	1.025,99

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaina 2% c/vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

ENXERTO CUTÂNEO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	144,67
Medicamentos **	197,55
Taxas e equipamentos	545,18
Total geral	997,29

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaina 2% c/vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

ENXERTO DE FÁSCIA LATA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	150,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	624,18
Medicamentos **	199,05
Taxas e equipamentos	499,52
Total geral	1.477,41

* Considerando: algodão bola, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, blood stop, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 4.0, fio polivícryl 4.0, fio polivícryl 6.0, fio seda 7.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml s/ag, seringa descartável 10ml s/ag.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5 mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaina 2% c/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

ENXERTO DE FASCIA TEMPORALIS / DERMATORUGOSO / MEMBRANA AMNIÓTICA / ESCLERA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	105,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	485,65
Medicamentos **	245,99
Taxas e equipamentos	561,34
Total geral	1.447,64

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivícryl 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, ocluser ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

ENXERTO DE MUCOSA ORAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	91,36
Gases mediciais	4,62
Materiais *	297,30
Medicamentos **	228,92
Taxas e equipamentos	544,65
Total geral	1.166,86

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio polivícryl 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

ENXERTO DE PERIÓESTEO PRÉ-TIBIAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	150,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	424,38
Medicamentos **	218,36
Taxas e Equipamentos	499,52
Total Geral	1.296,92

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, blood stop, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 4.0, fio seda 7.0, fio polivícryl 4.0, fio polivícryl 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, ocluser ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml s/ag, seringa descartável 10ml s/ag.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5 mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/ vasoconstritor.

ENXERTO DE PALATO DURO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	186,63
Medicamentos **	208,03
Taxas e equipamentos	545,14
Total geral	1.049,69

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, catigut cromado 4.0, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

EPILAÇÃO (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	27,83
Medicamentos **	39,53
Taxas e equipamentos	218,55
Total geral	395,80

* Considerando: agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, escovas degermante (pvpi), luva descartável, oclusor ocular, seringa descartável 5ml.

** Considerando: colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, iodo povidona 10ml, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

EXÉRESE DE PTERÍGIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	463,88
Medicamentos **	207,30
Taxas e equipamentos	355,65
Total geral	1.091,95

* Considerando: algodão bola un (10), agulha 13 x 4,5 (1), agulha 25 x 7 (1), avental (3), campo cirurg. c/bag* (1), compressa cirúrgica (3), compressa gase cirúrgica pacote (4), cotonete (15), eletrodos descartável (5), equipo soro (1), escovas degermante (pvpi) (4), fio cirúrgico polivicril 8.0 (1), gorro (4), jelco 24 (1), luva descartável (4), máscara descartável (4), merocel esponja pacote (1), micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm (1), oclusor ocular (1), sapatilha descartável (4), seringa descartável 3ml (1), seringa descartável 5ml (1), touca descartável (4).

** Considerando: colírio anestésico 1ml (1), colírio antibiótico - 1ml (1), dipirona ampola (1), glicose 50% amp (1), hyalozima 2000 ui (1), naropin 10mg (1), povidine degermante 40 ml (1), povidine tópico 40 ml (1), soro fisiológico 0,9% 500 ml (1), tobradex pomada (1), valium 10mg comp (1), xilestesin 2% c/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

**EXÉRESE DE TUMOR ORBITÁRIO
COM ABORDAGEM CRÂNIO-FACIAL**

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	1.519,77
Medicamentos **	245,99
Taxas e equipamentos	776,15
Total geral	2.770,58

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio de aço, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polyvicryl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, parafusos, placas de titânio, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

FISSURA PÁLPEBRAL (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	344,54
Medicamentos **	244,72
Taxas e equipamentos	545,14
Total geral	1.199,52

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, fio polivicyl 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

**FRATURA DE ÓRBITA COM ENXERTO
/ FRATURA DE ÓRBITA SEM ENXERTO**

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	1.475,98
Medicamentos **	245,99
Taxas e equipamentos	776,15
Total geral	2.726,59

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio de aço, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivicyl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, parafusos, placas de titânio, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, pomada cicatrizante - 1g, ondanles 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

IMPLANTE SECUNDÁRIO DE ÓRBITA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	907,91
Medicamentos **	245,99
Taxas e equipamentos	776,15
Total geral	2.158,16

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivícryl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaina 2% c/vasoconstritor, xylocaina 2% s/ vasoconstritor.

INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	295,16
Medicamentos **	51,27
Taxas e equipamentos	322,18
Total geral	733,73

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola un, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, bisturi descartável, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, escovas degermante (pvpi), fio seda 6.0, gorro, luva descartável, máscara descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 3ml, seringa descartável 5ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável.

** Considerando: colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, formol solução 10% - 30 ml, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, xylocaina 2% c/vasoconstritor.

MICROCIRURGIA PARA TUMOR ORBITÁRIO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	1.435,86
Medicamentos **	251,02
Taxas e equipamentos	839,82
Total geral	2.755,17

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio de aço, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivícryl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, parafusos, placas de titânio, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaina 2% c/vasoconstritor, xylocaina 2% s/ vasoconstritor.

PROLAPSO DE GORDURA ORBITÁRIA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	400,25
Medicamentos **	251,02
Taxas e equipamentos	686,15
Total geral	1.565,89

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi n° 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclisor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, pomada cicatrizante - 1g, ondanles 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

PTOSE PÁLPEBRAL COM SUSPENSÃO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	150,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	400,25
Medicamentos **	251,22
Taxas e equipamentos	686,15
Total geral	1.492,08

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio de silicone para suspensão, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi n° 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclisor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

RECONSTRUÇÃO DE PONTOS LACRIMAIS

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	1.476,44
Medicamentos **	251,02
Taxas e equipamentos	625,00
Total geral	2.417,58

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio nylon 9.0, fio polivicyl 8.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi n° 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclisor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml, sonda de Crawford armado com fio de silicone.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

RECONSTRUÇÃO DE SUPERCÍLIO (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	377,45
Medicamentos **	222,31
Taxas e equipamentos	548,77
Total geral	1.258,42

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 4.0, fio nylon 5.0, fio nylon 6.0, fio polivícryl 5.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

RESSECÇÃO DE TUMOR DE PÁLPEBRA (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,64
Materiais *	385,29
Medicamentos **	214,44
Taxas e equipamentos	548,76
Total geral	1.258,40

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, fio polivícryl 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/vasoconstritor.

SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS / ADULTO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	298,40
Medicamentos **	251,02
Taxas e equipamentos	418,18
Total geral	1.196,09

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.
Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, pomada cicatrizante - 1g, ondanes 4 mg, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaína 2% c/vasoconstritor, xylocaína 2% s/ vasoconstritor.

SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS / CRIANÇA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 5	223,85
Gases mediciais	4,62
Materiais *	322,60
Medicamentos **	250,47
Taxas e equipamentos	418,17
Total geral	1.219,71

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), faixa de silicone n 240, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), hyalozima 2000 ui, iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xylocaina 2% c/vasoconstritor, xylocaina 2% s/ vasoconstritor.

SUTURA DE CONJUNTIVA

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	602,17
Medicamentos **	196,05
Taxas e equipamentos	418,18
Total geral	1.281,52

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola un , agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotone-te, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio cirúrgico polivícril 8.0, fio cirúrgico mononylon 10.0, gorro, jelco 24, luva descartável, máscara descartável, merocel esponja pacote, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 3ml, seringa descartável 5ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável

** Considerando: álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, diprivan 20ml, glicose 50% amp, hyalozima 2000 ui, naropin 10mg, povidine degermante 40 ml, povidine tópico 40 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, valium 10mg comp, xylocaina 2% c/vasoconstritor

SUTURA PÁLPEBRAL (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	385,29
Medicamentos **	214,43
Taxas e equipamentos	548,77
Total geral	1.258,38

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, fio polivícril 6.0, fio seda 4.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanles 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/ vasoconstritor.

TRANSPLANTE DE LIMBO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	105,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	648,57
Medicamentos **	196,63
Taxas e equipamentos	418,18
Total geral	1.418,04

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola un, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, bisturi descartável, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio cirúrgico polivicril 8.0, fio cirúrgico mononylon 10.0, gorro, jelco 24, luva descartável, máscara descartável, merocel esponja pacote, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável.

** Considerando: água bidestilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, diprivan 20ml, glicose 50% amp, hyalozima 2000 ui, naropin 10mg, povidine degermante 40 ml, povidine tópico 40 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, valium 10mg comp, xylocaina 2% c/vasoconstritor.

TRANSPOSIÇÃO

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 3	150,04
Gases mediciais	4,62
Materiais *	648,57
Medicamentos **	196,63
Taxas e equipamentos	418,18
Total geral	1.418,04

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754
(abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

* Considerando: algodão bola un, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, bisturi descartável, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio cirúrgico polivicril 8.0, fio cirúrgico mononylon 10.0, gorro, jelco 24, luva descartável, máscara descartável, merocel esponja pacote, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, oclusor ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável.

** Considerando: água bidestilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, diprivan 20ml, glicose 50% amp, hyalozima 2000 ui, naropin 10mg, povidine degermante 40 ml, povidine tópico 40 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, valium 10mg comp, xylocaina 2% c/vasoconstritor.

TRIQUÍASE (POR PÁLPEBRA)

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 2	105,27
Gases mediciais	4,62
Materiais *	326,00
Medicamentos **	214,43
Taxas e equipamentos	548,77
Total geral	1.199,09

* Considerando: algodão bola, agulha desc. 13 x 4,5, agulha desc. 25 x 7, blood stop, caneta de marcação, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonetes, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio nylon 6.0, fio polivicryl 6.0, jelco 24, lâmina bisturi nº 15, luva descartável, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, ocloror ocular, oxímetro de pulso, seringa descartável 5ml, seringa descartável 10ml.

** Considerando: água destilada 10ml, álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, dormonid amp. 5mg (5ml), iodo povidona 10ml, kefazol 1 gr, naropin 10mg/ml, ondanes 4 mg, pomada cicatrizante - 1g, povidine degermante 50 ml, povidine tópico 50 ml, soro fisiológico 0,9% 250 ml, tilatil 40mg, xilocaína 2% c/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.

TUMOR CONJUNTIVAL

Despesa	Valor Total
Taxa de sala - porte 1	60,50
Gases mediciais	4,62
Materiais *	608,91
Medicamentos **	197,03
Taxas e equipamentos	442,31
Total geral	1.313,37

* Considerando: algodão bola un, agulha 13 x 4,5, agulha 25 x 7, avental, borracha p/ aspiração, campo cirurg. visidrape 101,5 x 127cm c/bag*, camisola, cânula de irrigação 5009, compressa cirúrgica, compressa gase cirúrgica pacote, cotonete, eletrodos conj. c/ 3 unid, equipo soro, escovas degermante (pvpi), fio cirúrgico poliviril 8.0, fio cirúrgico mononylon 10.0, gorro, jelco 24, luva descartável, máscara descartável, merocel esponja pacote, micropore 50 x 10 (esteril) - 30 cm, ocloror ocular, oxímetro de pulso, sapatilha descartável, seringa descartável 3ml, seringa descartável 5ml, sonda aspiração traqueal, touca descartável.

** Considerando: álcool swabs, colírio anestésico 10 ml, colírio antibiótico - 1ml, dipirona ampola, diprivan 20ml, glicose 50% amp, hyalozima 2000 ui, naropin 10mg, povidine degermante 40 ml, povidine tópico 40 ml, soro fisiológico 0,9% 500 ml, tobradex pomada, valium 10mg comp, xylocaína 2% c/ vasoconstritor.

Materiais, medicamentos e descartáveis brasíndice nº 754 (abril / 2012) + 21%.

Taxas e aluguel acordo de preços unidas (02/05/2011) + 21%.



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

EXAMES

20
19

**Manual
de Ajuste
de Conduta**



Protocolos para exames complementares em oftalmologia

Regulamentar as indicações absolutas para a requisição dos 31 exames complementares oftalmológicos. É necessário entender que cada profissional poderá estabelecer rotina própria

de exames, realizando, até mesmo, exames complementares em todos os pacientes, mas sendo reembolsado apenas nos casos em que haja indicação absoluta para o exame.

PROCEDIMENTO	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
1. Curva tensional diária	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação diagnóstica nos glaucomas borderline • Avaliação da adequação terapêutica em casos especiais
2. Campimetria manual	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças neurológicas que envolvem as vias ópticas • Controle do glaucoma • Doenças retinianas • Solicitação Departamento de Transito
3. Exame de motilidade ocular (teste ortóptico)	<ul style="list-style-type: none"> • Diplopia; • Pacientes portadores de visão subnormal; • Astenopia; • Insuficiência de acomodação; • Insuficiência de convergência; • Avaliação de forias; • Avaliação de tropias;
4. Eletrorretinografia	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de distúrbios da visão noturna; • Síndromes de disfunção dos cones; • Distrofias pigmentares; • Determinação da causa de perda de visão em crianças. Ex: Amaurose congênita de Leber;
5. Eletroculografia	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças maculares hereditárias. Ex: Distrofia macular de Best e as diversas distrofias em padrão.
6. Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) (se a transparência do cristalino permitir)	<ul style="list-style-type: none"> • Descolamento de retina • Antecedentes familiares ou pessoais de descolamento de retina • Doenças da retina • Miopias • Entopsias • Traumas • Pré-operatório de cirurgia da catarata (quando os meios oculares permitirem) • Pré-operatório de cirurgia refrativa • Neuropatias ópticas • Pré-operatório de cirurgias intraoculares • Doenças da úvea, coróide e vítreo • Crianças Menores que 5 anos • Estudo do Nervo ótico e fibras nervosas peripapilares

PROCEDIMENTO	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
	<p>em pacientes com glaucoma e suspeitos (por similaridade, para realização da biomicroscopia de fundo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na avaliação de Descolamento de vítreo posterior (DVP) • No pós-operatório de catarata de pacientes portadores de retinopatia diabética, pois, sabidamente poderá haver progressão da retinopatia • BAV com melhor correção, exclusas outras causas que não sejam expressas por acometimento retiniano • Pós procedimento de capsulotomia por YAG laser caso haja sintoma relacionado (flashes, fopsias, entopsias)
7. Oftalmodinamometria	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças vasculares retinianas
8. Potencial occipital visual evocado	<ul style="list-style-type: none"> • Acuidade visual em crianças • Doenças da Retina • Doenças do Nervo e Vias Ópticas • Suspeita de simulação de BAV
9. Retinografia	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças coriorretineanas • Doenças do nervo óptico
10. Angiofluoresceinografia	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças coriorretinianas • Doenças do nervo óptico
11. Tonometria	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa do glaucoma • Controle do glaucoma
12. Visão subnormal	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação de recursos ópticos especiais
13. Biometria ultrassônica	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-operatório de cirurgia da catarata • Controle do glaucoma congênito • Anisometropias intensas
14. Paquimetria ultrassônica	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-operatório de cirurgia refrativa • Doenças da córnea • Suspeita de Glaucoma ou Hipertensão Ocular • Na avaliação do paciente submetido a cirurgia refrativa (periodicidade definida pelo I Consenso Brasileiro de Cirurgia Refrativa) • Em suspeita de edema subclínico da córnea • Detecção de diferença maior ou igual a 3 mmHg na PIO do olho contralateral • O exame de paquimetria em pré-operatório de catarata estaria também indicado nos casos em que ocorreram alterações corneanas tipo afinamento ou estruturais, especialmente em pacientes já submetidos a procedimentos corneanos, tipo LASIK, ou transplante de córnea

PROCEDIMENTO	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
15. Microscopia especular da córnea	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças da córnea que evoluam com dano endotelial • Edema córneoano • Pré-operatório de cirurgia da catarata • Pré-operatório dos implantes secundários • Pré-operatório e acompanhamento de LIOs fáccas • Avaliação de candidatos a cirurgia refrativa usuários crônicos de lentes de contato • Planejamento de cirurgia fotorrefrativa (PRK) ou terapêutica (PTK) com utilização de anti-mitótico Mitomicina C • Alterações prévias de endotélio detectadas no exame biomicroscópico; • Na adaptação inicial do usuário de LC como parâmetro inicial de avaliação do endotélio corneano; • No acompanhamento de pacientes usuários crônicos de LC; • História familiar de Distrofias Endoteliais;
16. Gonioscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação do glaucoma • Trauma • Em pacientes portadores de retinopatia diabética (neovasos em íris) • Em pacientes portadores de tumores de íris
17. Potencial de acuidade visual	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-operatório da cirurgia da catarata, da capsulotomia e eventualmente cirurgia córnea • Opacidade dos meios que impeçam a adequada avaliação macular
18. Ceratoscopia computadorizada	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e acompanhamento de Ceratocone e distrofias córneas; • Astigmatismos irregulares; • Pré-operatório de cirurgia refrativa; • Controle da retirada de pontos e acompanhamento do astigmatismo pós-transplante de córnea; • Adaptação de lentes de contato; • Pré-operatório de cirurgia de catarata; • Na avaliação do paciente submetido a cirurgia refrativa (periodicidade definida pelo I Consenso Brasileiro de Cirurgia Refrativa); • Avaliação de Deformidade córnea induzida pelo uso de lentes de contato (warpagem) • História de ceratocone em parentes de primeiro grau; • Presença de elevado grau esférico e/ou astigmatismo moderado (acima de 1.5D); • Achado de astigmatismo em apenas um dos olhos; • Alterações no exame de esquiascopia; • Alterações biomicroscópicas da córnea; • Baixa acuidade visual em vigência de melhor correção;

PROCEDIMENTO	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento de usuários de lentes de contato; • Pré operatório de implante de anel intraestromal; • Como parâmetro de indicação de Crosslinking;
19. Teste provocativo para glaucoma	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de glaucoma
20. Estéreo-foto de papila	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo da papila
21. Teste de sensibilidade de contraste ou de cores	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de discromatopsia • Doenças da retina
22. Avaliação órbito-pálpebral-exoftalmometria	<ul style="list-style-type: none"> • Exoftalmias • Tumores de órbita
23. Campimetria computadorizada	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e controle de glaucoma • Doenças da mácula • Controle do uso de Cloroquina • Acompanhamento (evolução) do glaucoma. <i>Podem ser necessários dois exames subsequentes para a determinação do baseline com o qual os próximos exames serão comparados</i> • Doenças da coróide (coroidite, tumores) • Doenças da retina (oclusões vasculares, degeneração macular relacionada à idade) • Doenças do nervo óptico (papiledema, papilite, intoxicação por metanol) • Doenças neurológicas que envolvem as vias ópticas (AVEs, tumores) • Em pacientes com sintomatologia expressa por escotomas • Na retinopatia diabética com edema macular • Indicada em casos de Doenças Neuro-oftalmológicas (neurite em atividade ou seqüela, compressão do nervo óptico por tumores como adenoma de hipófise, infiltração tumoral ou tumores do nervo óptico, hipertensão intra-craniana, doenças degenerativas do nervo óptico, distrofia e degeneração de retina e doenças desmielinizantes) • Solicitação do Departamento de Trânsito
24. Avaliação de vias lacrimais	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios da eliminação das lágrimas
25. Ultrassonografia biomicroscópica	<ul style="list-style-type: none"> • Patologias do segmento anterior e do corpo ciliar • Avaliação do glaucoma de ângulo estreito
26. Estudo da película lacrimal	<ul style="list-style-type: none"> • Olho seco
27. Análise computadorizada de papila e/ou de fibras nervosas	<ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma

PROCEDIMENTO	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
28. Angiografia com indocianina verde	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças da retina e da coróide
29. Polarimetria com scanning laser ophthalmoscope	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças da retina e da coróide
30. Tomografia de coerência óptica	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças da retina e da coróide
31. Ultrassonografia ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado com o objetivo de avaliar o quadro anatômico do segmento posterior, ou seja, cavidade vítrea, retina, coróide, nervo óptico e parede ocular, principalmente em casos em que a oftalmoscopia é impedida (opacificação total dos meios transparentes do globo ocular) ou inconclusiva, como em casos de opacidades de meios (catarata, opacidade vítrea com hemorragia, cicatriz de córnea, aderências da pupila que não permitem dilatação, inflamações e descolamento de retina); • Método útil na determinação do diagnóstico, tratamento e evolução da endoftalmite, principalmente quando não se pode avaliar o segmento posterior devido à opacidade de meios; • Utilizado na avaliação de lesões em que se queira dimensionar, mesmo que visíveis ao exame de fundo de olho, tumores ou cistos intra-oculares, roturas de retina, espessamentos de coróide e aderências vítreo-retinianas; • Indicado após traumatismos intra-oculares para se avaliar as estruturas envolvidas no trauma e o dano causado além, de localizar a presença de corpos estranhos intra-oculares ou orbitários; • Utilizado na avaliação de regressão de tumores intra-oculares após tratamento específico; • No diagnóstico de má-formações oculares (anofthalmia, coloboma, microftalmia e persistência do vítreo primário hiperplásico); • Indicado na avaliação de tumores de órbita, inflamações, exoftalmia endócrina tireoidiana (espessamento da musculatura extra-ocular e aumento da gordura retro-ocular), hemorragia ou abscesso orbitário, alteração de saco lacrimal, nas varizes e dilatações aneurismáticas.

Protocolos para exames pré-operatórios

Regulamentar as indicações absolutas para a requisição dos 31 exames complementares oftalmológicos. É necessário entender que cada profissional poderá estabelecer rotina própria de exames,

realizando, até mesmo, exames complementares em todos os pacientes, mas sendo reembolsado apenas nos casos em que haja indicação absoluta para o exame.

Protocolos para exames pré-operatórios em oftalmologia

Catarata	<ul style="list-style-type: none"> • Acuidade visual a laser (PAM) • Ecobiometria • Mapeamento da retina (se possível – cristalino transparente) * ou • Ecografia B (quando mapeamento for impossível – cristalino opaco) * • Microscopia especular da córnea <p>* mapeamento de retina e ecografia B são excludentes Em situações especiais: retinografia, ERG, com justificativa.</p>
Refrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ceratoscopia computadorizada • Paquimetria • Mapeamento de retina • Tomografia córnea <p>Ceratoscopia computadorizada e Tomografia corneana constituem exames excludentes</p>
Glaucoma	<ul style="list-style-type: none"> • Campos visuais
Pterígio	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina clínica
Estrabismo	<ul style="list-style-type: none"> • Teste ortóptico
Descolamento da retina	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento da retina
Vitrectomia	

Exames adicionais deverão ser justificados em casos especiais.

Tabela de custos dos exames oftalmológicos em reais

ANGIOFLUORESCEINOGRRAFIA CONVENCIONAL

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Ampola de fluoresceína sódica a 20%	1 unid	14,40
Butterfly 23 g	1 unid	5,87
Seringa de 5 ml	1 unid	0,56
Agulha 25x7 - descartável	1 unid	0,17
Bolas de algodão	1 unid	0,04
Curativo adesivos	1 unid	0,39
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Par luvas descartáveis	1 unid	2,83
Filme PB 12 poses 400 asa 26 poses	1 unid	6,90
Revelação	1 unid	10,16
Total		46,55

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ANGIOFLUORESCEINOGRRAFIA EM EQUIPAMENTO DIGITAL

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Ampola de fluoresceína sódica a 20%	1 unid	14,40
Butterfly 23 g	1 unid	5,87
Seringa de 5 ml	1 unid	0,56
Agulha 25x7 - descartável	1 unid	0,17
Bolas de algodão	1 unid	0,04
Curativo adesivos	1 unid	0,39
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Par luvas descartáveis	1 unid	2,83
Glossy paper / Tintas / Impressora	1 unid	45,64
Total		75,13

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ANGIOFLUORESCEINOGRRAFIA COM INDOCIANINA VERDE

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Ampola de indocianina verde 25 mg	1 unid	343,40
Butterfly 23 g	1 unid	5,87
Seringa de 5 ml	1 unid	0,56
Agulha 25x7 - descartável	1 unid	0,17
Bolas de algodão	1 unid	0,04
Curativo adesivos	1 unid	0,39
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Par luvas descartáveis	1 unid	2,83
Glossy paper / Tintas / Impressora		29,04
Total		387,17

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Papel (bobina)	1 m	0,34
Total		0,34

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

CURATIVO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Pomada Cicatrizante	1g	3,60
Oclusor ocular	1 unid	4,96
Total		10,30

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

CURVA TENSIONAL DIÁRIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	4 ml	6,97
Flouresceína abastão	8 unid	10,07
Total		17,04

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ECOBIOMETRIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Soro Fisiológico 0,9% (imersão) 10 ml	1 unid	0,59
Filme térmico	1 m	2,29
Total		9,85

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ECOGRAFIA A e B SCAN (ULTRASSONOGRRAFIA)

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Metilcelulose 2%	1ml	2,74
Filme térmico	1 unid	2,29
Total		12,00

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

EOG

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Esparradrapo	0,5 m	1,00
Papel térmico	1 ml	2,29
Total		3,29

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

EPILAÇÃO DE CÍLIOS

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Total		1,74

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ERG

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Metilcelulose 2%	1 ml	2,74
Papel térmico	1 m	2,29
Total		12,00

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ESTEREOFOTO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Filme slide chrome (24poses)	1/6	8,11
Revelação + montagem	4 unid	6,30
Total		19,63

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

FOTOCOAGULAÇÃO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Metilcelulose 2%	0,5 ml	1,36
Total		8,33

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

GDX

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Papel de Impressão colorido	4 unid	0,20
Tinta de impressão colorida	1 ml	9,26
Total		9,46

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

GONIOSCOPIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Metilcelulose 2%	1 ml	2,74
Total		4,48

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

HRT

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Papel de Impressão colorido	4 unid	0,20
Tinta de impressão colorida	1 ml	9,26
Total		9,46

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

INFILTRAÇÃO SUB-CONJUNTIVAL

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Acetato de Metilprednisolona	1 ml	7,81
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Bolas de Algodão	1 unid	0,04
Par de Luvas descartáveis	1 unid	2,83
Seringa 1 ml	1 unid	1,49
Total		13,91

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

INFILTRAÇÃO SUB-TENONIANA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
hexacetono de triacilonona	1 ml	47,28
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Bolas de Algodão	1 unid	0,04
Par de Luvas descartáveis	1 unid	2,83
Seringa 1 ml	1 unid	1,49
Total		53,38

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

IRIDOTOMIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Cetorolaco de trometamina	0,5 ml	5,09
Colírio hipotensor seletivo	1 ml	4,71
Cloridrato de Pilocarpina	0,5 ml	1,33
Metilcelulose 2%	0,5 ml	1,36
Total		14,23

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

MICROSCOPIA ESPECULAR

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Filme térmico	1 m	2,29
Total		4,03

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

MAPEAMENTO DE RETINA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Total		5,23

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

OCT

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Papel de Impressão colorido	4 unid	0,2
Tinta de impressão colorida	1 ml	9,26
Total		14,69

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

PAM (ACUIDADE VISUAL A LASER)

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Total		5,23

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

PERG

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Metilcelulose 2%	1 ml	2,74
Esparadrapo	0,5 m	1
Papel térmico	1 ml	2,29
Total		9,94

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

PAQUIMETRIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Total		1,74

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

PEV

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Metilcelulose 2%	1 ml	2,74
Esparadrapo	0,5 m	1
Papel térmico	1 ml	3,29
Total		6,03

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

RETINOGRAFIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Filme colorido 12 poses 400 asa	1 unid	8,35
Revelação	12 unid	10,16
Total		23,74

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio antibiótico	1 ml	7,04
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Pomada Cicatrizante	1g	3,6
Oclusor ocular	1 unid	4,96
Total		17,34

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

TONOGRAFIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Flouresceína abastão	2 unid	2,52
Total		4,26

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

TONOMETRIA DE APLANAÇÃO

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Flouresceína abastão	2 unid	2,52
Total		4,26

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

TOPOGRAFIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Papel de Impressão colorido	4 unid	0,20
Tinta de impressão colorida	1 ml	9,26
Total		9,46

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

TRABECULOPLASTIA

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio hipotensor seletivo	0,5 ml	4,71
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Metilcelulose 2%	0,5 ml	1,36
Total		7,81

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCÓPICA (UBM)

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Metilcelulose 2%	0,5 ml	1,36
Filme (Impressora térmica)	1 unid	2,29
Total		5,39

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

YAG LASER

Materiais e Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário
Colírio de Tropicamida	1 ml	3,06
Colírio de Cloridrato de Proximetacaína	1 ml	1,74
Colírio de Cloridrato de Fenilefrina	1 ml	2,17
Metilcelulose 2%	0,5 ml	1,36
Taxa de Sala		42,35
Total		50,68

Materiais, Medicamentos e Descartáveis: BRASÍNDICE Nº 754 (abril/2012) + 21%.

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos em Oftalmologia - 2014 - 8ª Edição

Crítérios: Na hierarquização e na remuneração dos procedimentos foram levadas em conta as seguintes características dos exames:

01. Complexidade - o tipo de treinamento necessário para a realização do exame. A possibilidade de ser realizado por um técnico.

02. Interpretação - treinamento e experiência necessárias para a interpretação dos resultados. Diferenciar aqueles exames que não dependem de interpretação, pois se constituem em medidas que o equipamento fornece diretamente, daqueles cuja interpretação é feita pelo médico.

03. Disponibilidade - considerando-se o número de profissionais e clínicas que realizam o exame, admitindo-se que à menor disponibilidade corresponda maior complexidade.

04. Custo do equipamento - entende-se aqui o custo financeiro de reposição do equipamento por desgaste/obsolescência. Este custo é inversamente proporcional à frequência de realização dos exames, e diretamente proporcional à idade da tecnologia usada (quanto mais recente a tecnologia mais precoce sua superação pela evolução do método).

05. Custo operacional - refere-se às despesas indiretas, genéricas, ligadas ao funcionamento da clínica (salários, aluguéis, impostos, e outros insumos). Nestes custos há relação inversa com a frequência do exame e com a atividade geral da clínica.

06. Material e medicamentos - gastos específicos com o exame como corantes, descartáveis, colírios, que não sofrem "diluição" com a maior frequência de realização. Devem ser cobrados separadamente porque estes insumos estão expostos a maior variação de custos especialmente por oscilações cambiais.

DIAGNOSE				
CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO	BI / MONO	PORTE CBHPM UTM	Valor UTM + UCO Em Reais
-	CONSULTA		2B	104,60
4.01.03.02-1	Análise computadorizada de papila e/ou de fibras nervosas	Mono	3A	279,54
4.01.03.03-0	Análise computadorizada do segmento anterior	Mono	3A	331,12
4.01.03.13-7	Campimetria computadorizada	Mono	2A	136,08
4.01.03.24-2	Eletro-oculografia	Mono	2B	1.022,15
4.01.03.25-0	Eletro-retinografia	Mono	2B	1.423,44
4.01.03.63-3	Potencial evocado visual (PEV)	Bi	3C	1.022,15
4.09.01.01-7	Ultra-sonografia – Globo Ocular	Bi	2B	174,64
4.09.01.02.5	Ultra-sonografia – Globo Ocular com Doppler colorido	Bi	3A	371,45
4.09.01.52-1	Ultra-sonografia biomicroscópica	Mono	3A	331,10
4.09.01.53-0	Ultra-sonografia diagnóstica	Mono	3A	253,54
4.13.01.01-3	Angiofluoresceinografia	Mono	3A	288,95
4.13.01.02-1	Angiografia com indocianina verde	Mono	3A	511,26
4.13.01.17-0	Avaliação de vias lacrimais	Mono	2B	116,92
4.13.01.03-0	Avaliação órbita-palpebral-exoftalmometria	Bi	1B	41,31
4.13.01.07-2	Campimetria manual	Mono	1C	62,39

DIAGNOSE				
CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO	BI / MONO	PORTE CBHPM UTM	Valor UTM + UCO Em Reais
4.13.01.08-0	Ceratoscopia computadorizada	Mono	2C	186,18
4.13.01.12-9	Curva tensional diária	Bi	2B	122,44
4.13.01.15-3	Estéreo-foto de papila	Mono	1B	126,26
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico)	Bi	1B	42,54
4.13.01.24-2	Gonioscopia	Bi	1B	47,04
4.13.01.58-7	Gonioscopia – indicação específica	Bi	2A	86,74
4.13.01.25-0	Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta)	Mono	2A	86,13
4.13.01.59-5	Mapeamento de retina – indicação específica	Mono	3A	209,12
4.13.01.26-9	Microscopia especular da córnea	Mono	2C	216,68
4.13.01.27-7	Oftalmodinamometria	Mono	1B	44,79
4.13.01.30-7	Potencial de acuidade visual	Mono	1B	47,45
4.13.01.31-5	Retinografia (só honorário)	Mono	1B	89,42
4.13.01.32-3	Tonometria	Bi	1B	49,91
4.13.01.57-9	Tonometria – indicação específica	Bi	2A	89,61
4.13.01.36-6	Visão subnormal	Mono	3A	222,84
4.13.01.47-1	Teste do reflexo vermelho em recém nato (teste do olhinho)	Bi	1C	59,53
4.14.01.27-1	Teste de sensibilidade de contraste ou de cores	Mono	1B	47,45
4.14.01.30-1	Teste provocativo para glaucoma	Bi	1B	41,46
4.15.01.31-4	Angiografia de grande angular (AGA)	Mono	3A	341,56
4.15.01.32-2	Angiotomografia ocular (ATO)	Mono	3C	637,90
4.15.01.27-6	Biometria óptica	Bi	2C	323,94
4.15.01.01-2	Biometria ultrassônica	Mono	2C	154,45
4.15.01.34-9	Biometria ultrassônica (Ecobiometria) – indicação específica	Mono	3C	321,02
4.15.01.12-8	Paquimetria ultrassônica	Mono	2A	90,02
4.15.01.33-0	Paquimetria ultrassônica – indicação específica	Mono	3A	213,01
4.15.01.14-4	Tomografia de coerência óptica	Mono	3A	382,50

3.03.99.00-9 OBSERVAÇÃO: - A solicitação de exames complementares deverá observar os protocolos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Referente aos Códigos: 4.13.01.58-7; 4.13.01.59-5; 4.13.01.57-9; 4.15.01.34-9 e 4.15.01.33-0 – exames realizados em crianças menores de 07 anos, pouco colaborativas e/ou crianças com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor sob sedação ou anestesia geral. Sob justificativa, são previstos os procedimentos a participação de um auxiliar, valorado conforme item 5 das Instruções Gerais da CBHPM e/ou a participação do Anestesiologista conforme código 3.16.02.34-7



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

RESOLUÇÕES, PORTARIAS E PARECERES

20 19

**Manual
de Ajuste
de Conduta**



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.192 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 2001 - DOU DE 16/2/2001

Dispõe sobre medidas complementares ao Plano Real e dá outras providências.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 2.074-73, de 2001, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Antonio Carlos Magalhães, Presidente, para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição Federal, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As estipulações de pagamento de obrigações pecuniárias exequíveis no território nacional deverão ser feitas em Real, pelo seu valor nominal.

Parágrafo único. São vedadas, sob pena de nulidade, quaisquer estipulações de:

I - pagamento expressas em, ou vinculadas a ouro ou moeda estrangeira, ressalvado o disposto nos arts. 2º e 3º do Decreto-Lei nº 857, de 11 de setembro de 1969, e na parte final do art. 6º da Lei nº 8.880, de 27 de maio de 1994;

II - reajuste ou correção monetária expressas em, ou vinculadas a unidade monetária de conta de qualquer natureza;

III - correção monetária ou de reajuste por índices de preços gerais, setoriais ou que reflitam a variação dos custos de produção ou dos insumos utilizados, ressalvado o disposto no artigo seguinte.

Art. 2º É admitida estipulação de correção monetária ou de reajuste por índices de preços gerais, setoriais ou que reflitam a variação dos custos de produção ou dos insumos utilizados nos contratos de prazo de duração igual ou superior a um ano.

§ 1º É nula de pleno direito qualquer estipulação de reajuste ou correção monetária de periodicidade inferior a um ano.

§ 2º Em caso de revisão contratual, o termo inicial do período de correção monetária ou reajuste, ou de nova revisão, será a data em que a anterior revisão tiver ocorrido.

§ 3º Ressalvado o disposto no § 7º do art. 28 da Lei nº 9.069, de 1995, e no parágrafo seguinte, são nu-

los de pleno direito quaisquer expedientes que, na apuração do índice de reajuste, produzam efeitos financeiros equivalentes aos de reajuste de periodicidade inferior à anual.

§ 4º Nos contratos de prazo de duração igual ou superior a três anos, cujo objeto seja a produção de bens para entrega futura ou a aquisição de bens ou direitos a eles relativos, as partes poderão pactuar a atualização das obrigações, a cada período de um ano, contado a partir da contratação, e no seu vencimento final, considerada a periodicidade de pagamento das prestações, e abatidos os pagamentos, atualizados da mesma forma, efetuados no período.

§ 5º O disposto no parágrafo anterior aplica-se aos contratos celebrados a partir de 28 de outubro de 1995 até 11 de outubro de 1997.

§ 6º O prazo a que alude o parágrafo anterior poderá ser prorrogado mediante ato do Poder Executivo.

Art. 3º Os contratos em que seja parte órgão ou entidade da Administração Pública direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, serão reajustados ou corrigidos monetariamente de acordo com as disposições desta Lei, e, no que com ela não conflitarem, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 1º A periodicidade anual nos contratos de que trata o caput deste artigo será contada a partir da data limite para apresentação da proposta ou do orçamento a que essa se referir.

§ 2º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo.

Art. 4º Os contratos celebrados no âmbito dos mercados referidos no § 5º do art. 27 da Lei nº 9.069, de 1995, inclusive as condições de remuneração da poupança financeira, bem assim no da previdência privada fechada, permanecem regidos por legislação própria.

Art. 5º Fica instituída Taxa Básica Financeira - TBF, para ser utilizada exclusivamente como base de remuneração de operações realizadas no mercado financeiro, de

prazo de duração igual ou superior a sessenta dias.

Parágrafo único. O Conselho Monetário Nacional expedirá as instruções necessárias ao cumprimento do disposto neste artigo, podendo, inclusive, ampliar o prazo mínimo previsto no caput.

Art. 6º A Unidade Fiscal de Referência - UFIR, criada pela Lei nº 8.383, de 30 de dezembro de 1991, será reajustada: I - semestralmente, durante o ano-calendário de 1996; II - anualmente, a partir de 1º de janeiro de 1997.

Parágrafo único. A reconversão, para Real, dos valores expressos em UFIR, extinta em 27 de outubro de 2000, será efetuada com base no valor dessa Unidade fixado para o exercício de 2000.

Art. 7º Observado o disposto no artigo anterior, ficam extintas, a partir de 1º de julho de 1995, as unidades monetárias de conta criadas ou reguladas pelo Poder Público, exceto as unidades monetárias de conta fiscais estaduais, municipais e do Distrito Federal, que serão extintas a partir de 1º de janeiro de 1996.

§ 1º Em 1º de julho de 1995 e em 1º de janeiro de 1996, os valores expressos, respectivamente, nas unidades monetárias de conta extintas na forma do caput deste artigo serão convertidos em Real, com observância do disposto no art. 44 da Lei nº 9.069, de 1995, no que couber.

§ 2º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão utilizar a UFIR nas mesmas condições e periodicidade adotadas pela União, em substituição às respectivas unidades monetárias de conta fiscais extintas.

Art. 8º A partir de 1º de julho de 1995, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE deixará de calcular e divulgar o IPC-r.

§ 1º Nas obrigações e contratos em que haja estipulação de reajuste pelo IPC-r, este será substituído, a partir de 1º de julho de 1995, pelo índice previsto contratualmente para este fim.

§ 2º Na hipótese de não existir previsão de índice de preços substituto, e caso não haja acordo entre as partes, deverá ser utilizada média de índices de preços de abrangência nacional, na forma de regulamentação a ser baixada pelo Poder Executivo.

Art. 9º É assegurado aos trabalhadores, na primeira data-base da respectiva categoria após julho de 1995, o pagamento de reajuste relativo à variação acumulada

do IPC-r entre a última data-base, anterior a julho de 1995, e junho de 1995, inclusive.

Art. 10. Os salários e as demais condições referentes ao trabalho continuam a ser fixados e revistos, na respectiva data-base anual, por intermédio da livre negociação coletiva.

Art. 11. Frustrada a negociação entre as partes, promovida diretamente ou através de mediador, poderá ser ajuizada a ação de dissídio coletivo.

§ 1º O mediador será designado de comum acordo pelas partes ou, a pedido destas, pelo Ministério do Trabalho e Emprego, na forma da regulamentação de que trata o § 5º deste artigo.

§ 2º A parte que se considerar sem as condições adequadas para, em situação de equilíbrio, participar da negociação direta, poderá, desde logo, solicitar ao Ministério do Trabalho e Emprego a designação de mediador, que convocará a outra parte.

§ 3º O mediador designado terá prazo de até trinta dias para a conclusão do processo de negociação, salvo acordo expresso com as partes interessadas.

§ 4º Não alcançado o entendimento entre as partes, ou recusando-se qualquer delas à mediação, lavrar-se-á ata contendo as causas motivadoras do conflito e as reivindicações de natureza econômica, documento que instruirá a representação para o ajuizamento do dissídio coletivo.

§ 5º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo.

Art. 12. No ajuizamento do dissídio coletivo, as partes deverão apresentar, fundamentadamente, suas propostas finais, que serão objeto de conciliação ou deliberação do Tribunal, na sentença normativa.

§ 1º A decisão que puser fim ao dissídio será fundamentada, sob pena de nulidade, deverá traduzir, em seu conjunto, a justa composição do conflito de interesse das partes, e guardar adequação com o interesse da coletividade.

§ 2º A sentença normativa deverá ser publicada no prazo de quinze dias da decisão do Tribunal.

Art. 13. No acordo ou convenção e no dissídio, coletivos, é vedada a estipulação ou fixação de cláusula de reajuste ou correção salarial automática vinculada a índice de preços.

§ 1º Nas revisões salariais na data-base anual, serão deduzidas as antecipações concedidas no período

anterior à revisão.

§ 2º Qualquer concessão de aumento salarial a título de produtividade deverá estar amparada em indicadores objetivos.

Art. 14. O recurso interposto de decisão normativa da Justiça do Trabalho terá efeito suspensivo, na medida e extensão conferidas em despacho do Presidente do Tribunal Superior do Trabalho.

Art. 15. Permanecem em vigor as disposições legais relativas a correção monetária de débitos trabalhistas, de débitos resultantes de decisão judicial, de débitos relativos a ressarcimento em virtude de inadimplemento de obrigações contratuais e do passivo de empresas e instituições sob os regimes de concordata, falência, intervenção e liquidação extrajudicial.

Art. 16. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória no 2.074-72, de 27 de dezembro de 2000.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Revogam-se os §§ 1º e 2º do art. 947 do Código Civil, os §§ 1º e 2º do art. 1º da Lei nº 8.542, de 23 de dezembro de 1992, e o art. 14 da Lei nº 8.177, de 1º de março de 1991.

Congresso Nacional, em 14 de fevereiro de 2001;
180º da Independência e 113º da República
Senador Antonio Carlos Magalhães - **Presidente**

Este texto não substitui o publicado no DOU de 16/02/2001

LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013.

Mensagem de veto

Vigência - *Dispõe sobre o exercício da Medicina.*

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da

qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

- I - (VETADO);
- II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- IV - intubação traqueal;
- V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- VIII - (VETADO);
- IX - (VETADO);
- X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da

doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

- I - agente etiológico reconhecido;
- II - grupo identificável de sinais ou sintomas;
- III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º (VETADO).

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

- I - (VETADO);
- II - (VETADO);
- III - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

- I - (VETADO);
- II - (VETADO);
- III - aspiração nasofaríngea ou orotraqueal;
- IV - (VETADO);
- V - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
- VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
- VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
- VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
- IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5º São privativos de médico:

I - (VETADO);

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

Art. 6º Art. 6º A denominação 'médico' é privativa do graduado em curso superior de Medicina reconhecido e deverá constar obrigatoriamente dos diplomas emitidos por instituições de educação superior credenciadas na forma do [art. 46 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 \(Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional\)](#), vedada a denominação 'bacharel em Medicina'.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2013

192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

Guido Mantega

Manoel Dias

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Gilberto Carvalho

Este texto não substitui o publicado no DOU de

11.7.2013

LEI Nº 13.003, DE 24 JUNHO DE 2014.

Vigência - *Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar*

obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

A **PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O caput do art. 17 da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

.....” (NR)

Art. 2º O caput do art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação.

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:

.....” (NR)

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 17-A:

“Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na

qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

- I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
- II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
- IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
- V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.”

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 24 de junho de 2014
193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF

Arthur Chior

Este texto não substitui o publicado no DOU de 25.6.2014

PORTARIA n.º 44/GM

Em 10 de janeiro de 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e ambulatorial no âmbito da saúde mental;

CONSIDERANDO a Portaria SAS/MS nº 130, de 03 de agosto de 1994, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento em regime de Hospital Dia ao paciente portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/AIDS;

CONSIDERANDO a Portaria SAS/MS nº 119, de 12 de julho de 1996, que altera a forma de cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS e Psiquiatria;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 2.414, de 23 de março de 1998, que estabelece diretrizes e normas para atendimento em regime de Hospital Dia em geriatria;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 1.317, de 30 de novembro de 2000, que estabelece diretrizes e normas para atendimento em regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos;

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.363/93, de 12 de março de 1993 que estabelece condições mínimas de segurança para a prática da anestesia;

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.409/94, de 08 de junho de 1994 que regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar o atendimento em regime de Hospital Dia, estabelecendo parâmetros operacionais para todo o território nacional, ressalvadas às características de cada patologia;

CONSIDERANDO o avanço de técnicas cirúrgicas e anestésicas que permitem a realização de procedimen-

tos cirúrgicos em ambiente hospitalar sem necessidade de internação do paciente, e

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer critérios para realização de procedimentos cirúrgicos em regime de Hospital Dia, resolve:

Art. 1º Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia.

Art. 2º Definir como Regime de Hospital Dia 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.

Art. 3º Estabelecer que para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Assistência à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo:

I – Condições Gerais da Unidade:

- 1 - Recepção com Sala de Espera;
- 2 - Vestiário Masculino e Feminino;
- 3 - Sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- 4 - Oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade;
- 5 - Equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes;
- 6 - Garantir vaga na própria Unidade de Saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras Unidades Hospitalares mais complexas ou Unidade de Tratamento Intensivo, quando não possuir;
- 7 - Garantir a continuidade e assistência após alta

ou em decorrência de complicações;

8 - Obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94.

II – Condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia:

1 - Centro Cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipadaa(s);

2 - Centro de Esterilização e Desinfecção de Materiais e Instrumentos de acordo com normas vigentes;

3 - Condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina;

4 - Enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para Recuperação e Observação Pós Anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc.

III – Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental:

1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas;

2 - Situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.

3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental;

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras);

- visitas domiciliares;

- atendimento à família;

- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua

inserção social.

5 - Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por:

- 01 médico;

- 01 enfermeiro;

- 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades.

IV– Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia – AIDS:

1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;

2 - Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;

3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS;

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica);

- visitas domiciliares;

- atendimento à família;

- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social.

5 – Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, deve ser composta por:

- 01 médico;

- 01 enfermeiro;

- 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades.

V– Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia – Geriatria:

1 - Possuir estrutura assistencial para os idosos realiza-

rem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação;

2 - Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados;

3 - Recursos Humanos:

- 01 Geriatra;
- 02 enfermeiros;
- 07 auxiliares de enfermagem;
- 01 assistente social
- outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica;
- A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo;
- A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado.

VI - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística:

1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;

2 - Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;

3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial;

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;

5 - Recursos Humanos:

- Pediatra;
- Pneumologista;
- Gastroenterologista;
- Cardiologista;

- Otorrinolaringologista;
- Fisioterapeuta;
- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Outros profissionais necessários à realização das atividades.

VII - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos:

1 - Estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral:

- Radiologia;
- Laboratórios;
- Serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica;
- Transporte;
- Farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado).

2- Instalações Físicas:

O serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações:

- Consultórios para atendimento;
- Sala de procedimentos;
- Quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos;
- Posto de enfermagem;
- Sala com poltronas para administração de medicações.

3- Recursos Humanos:

- Hematologista ou Oncologista ;
- Pediatra;
- Enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem;
- Oftalmologista;
- Nutricionista;
- Assistente social;
- Psicólogo;
- Fisioterapeuta;
- Odontólogo.

4 – Procedimentos Diagnósticos:

A Unidade de Saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos:

- Biópsias de medula óssea;
- Biópsia de pele;
- Biópsia hepática;

- Inserção de cateter venoso em veia central;
- Coleta de sangue e fluídos.

Art. 4º Estabelecer os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia:

- 1** - Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
- 2** - Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;
- 3** - Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;
- 4** - Obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na Unidade de Saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece.

Art. 5º Estabelecer os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

- 1** - Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico;
- 2** - Paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada.

Art. 6º Estabelecer os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

- 1** - Lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;
- 2** - Sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta;
- 3** - Ausência de náuseas e vômitos;
- 4** - Capacidade de ingerir líquidos;
- 5** - Ausência de sangramento;
- 6** - Micção espontânea.
- 7** - Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;
- 8** - Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou

familiares dos cuidados pós operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

Art. 7º Estabelecer as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia:

I – Atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental:

- 1** - Somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas;
- 2** - Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;
- 3** - As diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias;
- 4** - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;
- 5** - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental.

II – Atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS:

- 1** - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas.
- 2** - Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;
- 3** - As diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos;
- 4** - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;
- 5** - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia – AIDS.

III – Atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria:

- 1** - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas;
- 2** - A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas;
- 3** - Caso seja necessária a continuidade do trata-

mento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;

4 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia – Geriátrico.

IV – Atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística:

1 - Incluir na Tabela de procedimentos do SIH/SUS o grupo de procedimento e seus procedimentos:

91.100.15.5 – Atendimento em regime de Hospital Dia – Fibrose Cística

91.300.30.1 – Atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose cística (pediatria)

SH	SP	SADT	Total	Ato Med	Anest	Perm	F.Etária
32,18	16,09	5,36	53,63	18	00	00	00-16

91.500.30.3 - Atendimento em regime de Hospital Dia Fibrose cística (adulto)

SH	SP	SADT	Total	Ato Med	Anest	Perm	F.Etária
32,18	16,09	5,36	53,63	18	00	00	16-99

2 - Somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística;

3 - Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;

4 - As diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos;

5 - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;

6 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística.

V – Atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

1 - A cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo desta Portaria e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH;

2 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas;

3 - Para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de:

1.1 – Eletivo – Atendimento em regime de Hospital Dia;

2.1 – Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência – Atendimento em regime de Hospital Dia;

4.1 – Câmara de Compensação de Alta Complexidade – Atendimento em regime de Hospital Dia;

4 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

VI – Atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos:

1 - Autogênico:

O limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais.

Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante.

2 - Alogênico aparentado:

O limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais.

Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

3 – Alogênico não aparentado:

O limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medica-

mentos previstos para as intercorrências pós transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

Art. 8º DISPOSIÇÕES GERAIS:

1 - As Unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área.

2 - A Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treina-

mento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade.

Art. 9º Estabelecer que ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS.

Art. 10. Determinar a exclusão na Tabela do SIH/SUS dos grupos e procedimentos constantes da Portaria GM/MS n.º 2415/98, referentes a Atendimento em regime de Hospital Dia I, II, III, IV, V.

Art. 11. Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, que efetue a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência março de 2001, revogando-se às disposições em contrário.

José Serra

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biópsia da próstata
31001084	Epididimo deferente neostomia
31001092	Espermatoclectomia
31002048	Extirpação de glandula de cowper
31002056	Incisão e drenagem de abscesso prostático
31002064	Exploracao cirúrgica da bolsa escrotal
31002072	Tratamento cirúrgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exérese de cisto do cordão espermático
31003060	Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079	Tratamento cirúrgico da varicocele
31003095	Exérese de tumor do cordão espermático
31004067	Plástica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia com esvaziamento ganglionar
31005047	Incisão e drenagem de abscesso periuretral
31005063	Ressecção parcial da bolsa escrotal

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
31005071	Orquiectomia com esvaziamento ganglionar
31005080	Exérese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia parcial ou completa
31007040	Ressecção da caruncula uretral
31008046	Ressecção de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao e operação plástica do testiculo
31013031	Tratamento cirúrgico da cistocele
31014046	Uretroplastia (ressecção de corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biópsia do miocardio
32002033	Biópsia do conduto linfático
32003030	Exérese de ganglio linfático
32004036	Incisão e drenagem de ganglio linfático
32005016	Introdução de eletrodo temporário de marca passo
32013019	Marcapasso (troca de gerador de Estímulo)
32013035	Biópsia pré-escalenica
32014015	Marcapasso cardíaco (epicardico)
32015011	Marcapasso cardíaco (intracavitario)
32030010	Estudo eletrofisiológico (E. terapeutico)
32031017	Estudo eletrofisiológico diagnostico e terapeutico
32033010	Cardioversor desfibrilador – troca de gerador
32042043	Tratamento cirúrgico de varizes da safena externa unilateral
32043040	Tratamento cirúrgico de varizes da safena externa bilateral
32044046	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna unilateral
32045042	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna bilateral
32046049	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna e externa unilateral
32047045	Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna e externa bilateral
32056044	Instalação de catéter venoso de longa permanencia totalmente implantavel
32057040	Instalação de catéter venoso de media permanencia totalmente implantavel
33001057	Biópsia do estômago via laparotomia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
33002029	Excisão de Glândula sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisão de glândula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisão de ranula
33004072	Exérese de malformação anal
33005028	Excisão de tumor de glândula parótida
33005079	Fistulectomia anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Ressecção de lesão maligna
33006024	Excisão de tumor de glândula sublingual
33006032	Excisão de lesão localizada
33006075	Esfincterotomia anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisão de tumor de glândula submaxilar
33007071	Fistulectomia ou fistulotomia anal
33008078	Incisão e drenagem de abscesso anal
33009082	Biópsia do Fígado por laparotomia
33009112	Herniorrafia epigástrica
33010021	Incisão e drenagem de abscesso da parótida
33010072	Plástica anal externa
33010110	Herniorrafia incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento cirúrgico da imperfuração membranosa do anus
33014027	Extirpação da glândula salivar
33014078	Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia videolaparoscópica
33015112	Herniorrafia umbilical

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
33016070	Incisão de lesão anal
33017077	Criptectomia uni ou múltipla
33018073	Excisão de papila hemorroidária
33023077	Incisão e drenagem de abscesso isquirretal
33023115	Reparação outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscópica
33026114	Herniorrafia umbilical videolaparoscópica
33027072	Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa
33027110	Herniorrafia epigástrica videolaparoscópica
33028117	Laparotomia videolaparoscópica para drenagem e/ou biópsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento cirúrgico da Atresia congênita anus retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscópica
33045070	Tratamento cirúrgico de outras anomalias congênitas anus - retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscópica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia videolaparoscópica
34005013	Marsupialização de glândula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia não obstétrica
34005030	Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo uterino
34007016	Vulvectomy simples
34008012	Tratamento cirúrgico da coadaptação de ninfas
34008039	Extirpação de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exérese de glândula de Skene
34011013	Episioperineorrafia não obstétrica
34018026	Tratamento cirúrgico da vagina septada ou atresica
34020020	Exérese de cisto vaginal

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pós aborto
35016019	Redução manual inversão uterina aguda pós-parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura de lacerações do trajeto pélvico
36001015	Cirurgia do pterígio
36001023	Cauterização da córnea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada de cisticerco intraocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleação do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primária
36001112	Tratamento cirúrgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia
36002011	Exérese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho
36002054	Retirada de corpo estranho intravitreo
36002070	Evisceração do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exérese de calázio
36002100	Endofotocoagulação a laser
36002119	Exenteração de órbita
36002127	Extirpação de glândula lacrimal
36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrução de câmara anterior do olho pós-trauma
36003050	Vitrectomia posterior (alterar valor para 734,63)
36003069	Biópsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
36003115	Exérese de tumor maligno intraocular
36003123	Extirpação do saco lacrimal
36004014	Reconstituição de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da córnea
36004049	Facectomia sem implante de lente intraocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirúrgico da deiscência de sutura da esclera
36004073	Crioterapia de tumores intraoculares
36004103	Crioretinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biópsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirúrgica
36005096	Tratamento cirúrgico do entropio e ectropio
36005100	Reoperação e retinopexia com vítreo intervenção
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituição de fornix conjuntival
36006025	Sutura de córnea
36006068	Introflexão escleral
36006114	Reconstituição da parede da órbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante interlamelar de córnea
36007048	Explantation e/ou substituição de lente intraocular
36007064	Transplante de periosteo em escleromalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de pálpebra
36007110	Biópsia de tumor extraocular
36007129	Oclusão de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirúrgico da hernia de íris

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
36008095	Cirurgia da triquíase
36008117	Injeção retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biópsia da córnea
36009067	Implantação de prótese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirúrgica
36009113	Desnervação química
36009121	Reconstituição do canal lacrimal
36010022	Transplante de córnea
36010065	Aplicação de placa radioativa episcleral
36010081	Biópsia da íris e corpo ciliar
36010090	Drenagem de abscesso pálpebral
36010111	Tratamento cirúrgico de hipertropias
36011029	Tratamento cirúrgico do astigmatismo secundário
36011061	Cirurgia do glaucoma congênito
36011096	Miase pálpebral
36011118	Descompressão da órbita
36012025	Tratamento cirúrgico da deiscência de sutura de córnea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilação de cílios
36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de pálpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante de córnea em reoperações
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante de córnea em cirurgias combinadas
36016098	Reconstituição parcial da pálpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia de coloboma pálpebral congênito

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
36018023	Topoplastia do transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intraocular
36701033	Paracentese de câmara anterior
37001019	Antrotomia da mastóide (drenagem de otite no lactente)
37001035	Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia do maxilar inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento cirúrgico da rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
37004026	Tratamento cirúrgico da imperfuração coanal - unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exérese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz
37012053	Redução cirúrgica da luxação temporo mandibular (recidivante ou não)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento de columela
38001101	Tratamento cirúrgico não estético da orelha
38002078	Tratamento cirúrgico do gigantismo ao nível da mão
38002086	Tratamento cirúrgico da perfuração do septo nasal
38002124	Exérese de cisto tireoglosso
38002132	Exérese e plástica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirúrgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pós-traumático(s)
38003090	Tratamento cirúrgico do epicanto
38003104	Reconstrução de helix da orelha

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
38004046	Tratamento cirúrgico da hipertrofia dos pequenos lábios
38004054	Excisão e reconstrução total de lábio
38004062	Tratamento cirúrgico da retração cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora não estética
38004097	Tratamento cirúrgico do lagofalmo
38004100	Reconstrução de lóbulo da orelha
38004135	Plástica mamaria masculina (ginecomastia)
38005050	Reconstrução do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparações de perda de substância da mão
38005107	Reconstrução do polo superior da orelha
38005123	Retração cicatricial - correção em um estágio
38006057	Reconstrução parcial do lábio
38006073	Retração cicatricial dos dedos da mão sem comprometimento tendinoso
38006103	Reconstrução total da orelha (múltiplos estágios)
38006111	Tratamento cirúrgico da sindactilia (dois intra dígitos)
38007010	Excisão e sutura com plástica em Z na pele
38007070	Tratamento cirúrgico da sindactilia (dois dígitos)
38008114	Retração cicatricial dos dedos do pé sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrução total da pálpebra
38015013	Exérese de cisto dermoide
38023016	Extirpação e supressão de lesão da pele e do tecido
38703050	Excisão em cunha de lábio e sutura
39001040	Biópsia do omoplata
39001105	Amputação ao nível dos metacarpianos
39001199	Ressecção cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor ósseo com enxertia
39002110	Biópsia da articulação coxo femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
39003086	Biópsia do(s) osso(s) do antebraço
39003108	Amputação do dedo (cada)
39003116	Biópsia da articulação sacro ilíaca
39003132	Biópsia do fêmur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-ósseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biópsia do corpo vertebral
39004058	Biópsia da articulação escapulo umeral
39004066	Biópsia do úmero
39004090	Biópsia do punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biópsia da articulação coxo femoral
39005143	Biópsia do joelho
39005151	Biópsia do(s) osso(s) da perna
39005186	Ressecção muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Ressecção simples de tumor ósseo
39006026	Biópsia da lâmina vertebral
39006077	Biópsia do cotovelo
39006085	Ressecção da apófise estiloide do rádio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada de haste
39006239	Ressecção de exostose
39007022	Biópsia do pedículo vertebral
39007162	Biópsia do tornozelo
39007197	Exploracao cirúrgica de tendão
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pé
39010074	Ressecção da bolsa sinovial do cotovelo (olecrânio)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO (CONTINUAÇÃO)
39010090	Tratamento cirúrgico da síndrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendão ao nível da mão
39011100	Capsulectomia das articulações da mão
39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendão em outras regiões
39012115	Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve
39012123	Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)
39012174	Tratamento cirúrgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Redução incruenta da fratura ao nível da pelve
39013197	Tenotomia
39014126	Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumatica)
39014177	Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação
39014193	Transposição de tendão
39017168	Redução incruenta da luxação do tornozelo
39018105	Redução cirúrgica de fratura das falanges, com Fixação
39018148	Redução incruenta da fratura do joelho
39019063	Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero
39019136	Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur
39019179	Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirúrgico do dedo em gatilho
41002040	Biópsia da tireoide
42001021	Biópsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exérese de papilomas
42001072	Biópsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpação de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisão e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exérese de papilomas
42006074	Extirpação de mama supranumerária
44001053	Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula
44006055	Redução incruenta da fratura do maxilar superior - Le Fort I

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e:

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade,

antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único: É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-

-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de fevereiro de 2001

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA - Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002

Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O **Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à Medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11/04/2002;

RESOLVE:

Art.1º Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art. 2º Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º Fica vedada ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 4º O médico só pode declarar vinculação com es-

pecialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único: Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 11 de abril de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA - Secretário-Geral

CONVÊNIO AMB/CFM

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB E A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM/MEC, PARA ESTABELECECR CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO E DENOMINAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO NA MEDICINA, E FORMA DE CONCESSÃO E REGISTRO DE TÍTULOS.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA** - CFM, entidade de fiscalização profissional, instituída pela Lei nº 3.268/57, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 915 Sul, LOTE 72 – Brasília – DF, CGC n.º 33.583.550/0001-30, representado por seu Presidente EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade n.º 208.063/SSP/AM, CPF n.º 038.566.822-87, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB, inscrita no CGC sob o nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, nº 324, Bela Vista, CEP 01333-903

– São Paulo – SP, Tel (11) 3266-6800, neste ato representada por seu Presidente ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, CRM – SP nº 35.135-0, com endereço sito na Av. Jandira, nº 185 – Aptº. 124, Moema, Condomínio Phesutton House, CEP 04080-000, São Paulo - SP, e a **COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA** – SESu/MEC - CNRM, com endereço no Ministério da Educação, Edifício Sede, Sala 327 – Esplanada dos Ministérios – Brasília – DF, órgão subordinado ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura, neste ato representada pelo seu Presidente FRANCISCO CÉSAR DE SÁ BARRETO, brasileiro, casado, físico, inscrito no CI nº 527118 – SSP/MG e no CPF sob o nº 088.720.326/04, resolvem firmar o presente Convênio, nos termos das Cláusulas abaixo:

DO OBJETO CLÁUSULA PRIMEIRA Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenientes para estabelecer critérios para o reconhecimento,

a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

- a)** CNRM – Credenciar, autorizar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos programas de Residência Médica, conferindo seus certificados;
- b)** AMB – Orientar as suas sociedades de especialidade e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas e em conformidade com este convênio;
- c)** CFM – Registrar os títulos e certificados emitidos na forma da lei e deste convênio.

DA EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA Para a execução deste convênio, fica criada a COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES - CME, composta por dois representantes de cada entidade convenente, que reunir-se-á, no mínimo, duas vezes por ano, podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos.

Parágrafo único - O regulamento da Comissão Mista de Especialidades - CME será elaborado e aprovado em ato próprio após sua efetiva implantação, ouvidas as entidades convenentes.

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA A Comissão Mista de Especialidades - CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenentes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA QUINTA São órgãos formadores acreditados:

- a.** as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;
- b.** as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

CLÁUSULA SEXTA Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB.

CLÁUSULA SÉTIMA A concessão de título de espe-

cialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica.

CLÁUSULA OITAVA Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

- a.** Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;
- b.** O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação.

DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA Este convênio vigorará por prazo indeterminado, fluindo a partir da assinatura das partes.

DA ALTERAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA O convênio poderá ser alterado no todo ou em parte através de termos aditivos e de comum acordo entre as partes.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA Este CONVÊNIO poderá ser rescindido:

- a.** Por livre manifestação das partes convenentes, com antecedência mínima de 01 (um) ano, ou
- b.** Por inadimplência das obrigações do Convênio por qualquer um dos convenentes, no todo ou em parte.

DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA Fica eleito o foro da Justiça Federal de Brasília-DF para dirimir as controvérsias deste CONVÊNIO

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA Na data da assinatura deste CONVÊNIO, as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação reconhecidas pelos convenientes são as constantes no anexo II deste documento.

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES**

ANEXO I

INTRODUÇÃO

A abordagem do tema especialidades médicas vem sendo amplamente feita nos últimos anos, pelas várias entidades nacionais relacionadas ao assunto, quer seja de maneira isolada ou em associação. Isto certamente se deve a importância do assunto, seja relacionada ao tema, à repercussão do mesmo e seus desdobramentos no mercado de trabalho. Com as grandes transformações sofridas na formação e no exercício profissional, a obtenção do Título de Especialista tem se tornado requisito importante, motivo pelo qual o médico tem mostrado interesse e pelo qual todas as sociedades de especialidade e as entidades relacionadas têm-se mobilizado para acompanhar, participar e avaliar os diversos tipos de formação de especialistas. Some-se a isso o fato de que fatores novos, como, por exemplo, o início do Mercosul, tem influenciado a rediscussão e atualização deste tema, pelo envolvimento que os diferentes países têm na sua atuação.

Desta forma, mais uma vez, as entidades médicas do nosso meio se envolvem na tentativa de discutir e reatualizar o tema.

Desde o início deste atual processo de discussão ficou claro que as três entidades participantes procurariam uniformizar os critérios para reconhecimento, denominação, modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de atuação da área médica.

Este documento é uma atualização dos que já foram propostos anteriormente, procurando considerar o

que já foi previamente elaborado e atualizando o tema, em função das suas necessidades atuais.

Definição Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade.

Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

RECONHECIMENTO DE ESPECIALIDADES

Reconhece-se como Especialidades Médicas àquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
 - Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
 - Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
 - Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
 - Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;
- Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades:
- Número de médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
 - Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
 - Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
 - Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
 - Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
 - Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
 - Disciplina acadêmica correspondente.

A seguir estão relacionadas as especialidades médicas e as áreas de atuação.

**CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM,
A CNRM E A AMB**

A NEXO II**RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO**

- 1 - ACUPUNTURA** - Sem área de atuação
- 2 - ALERGIA E IMUNOLOGIA** - Área de Atuação: Alergia e Imunologia Pediátrica
- 3 - ANESTESIOLOGIA** - Área de Atuação: Dor
- 4 - ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR** - Sem área de atuação
- 5 - CANCEROLOGIA** - Área de Atuação: Cirurgia Oncológica, Oncologia Pediátrica, Oncologia Clínica
- 6 - CARDIOLOGIA** - Área de Atuação: Cardiologia Pediátrica, Ecocardiografia, Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
- 7 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR** - Sem área de atuação
- 8 - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO** - Área de Atuação: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
- 9 - CIRURGIA GERAL** - Área de Atuação: Cirurgia do Trauma, Cirurgia Oncológica e Cirurgia Videolaparoscópica
- 10 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO** - Área de Atuação: Cirurgia Videolaparoscópica e Endoscopia Digestiva
- 11 - CIRURGIA PEDIÁTRICA** - Sem área de atuação
- 12 - CIRURGIA PLÁSTICA** - Área de Atuação: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia da Mão e Tratamento de Queimados
- 13 - CIRURGIA TORÁCICA** - Área de Atuação: Endoscopia Respiratória
- 14 - CLÍNICA MÉDICA** - Sem área de atuação
- 15 - COLOPROCTOLOGIA** - Área de Atuação: Cirurgia Videolaparoscópica e Colonoscopia
- 16 - DERMATOLOGIA** - Área de Atuação: Cirurgia Dermatológica, Cosmiatria e Hanseníase
- 17 - ENDOCRINOLOGIA** - Área de Atuação: Endocrinologia Pediátrica
- 18 - GASTROENTEROLOGIA** - Área de Atuação: Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia Pediátrica e Hepatologia
- 19 - GENÉTICA MÉDICA** - Sem área de atuação
- 20 - GERIATRIA** - Sem área de atuação
- 21 - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA** - Área de Atuação: Medicina Fetal, Reprodução Humana, Sexologia, Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia
- 22 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA** - Sem área de atuação
- 23 - HOMEOPATIA** - Sem área de atuação
- 24 - INFECTOLOGIA** - Área de Atuação: Infectologia Hospitalar e Infectologia Pediátrica
- 25 - MASTOLOGIA** - Sem área de atuação
- 26 - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE** - Sem área de atuação
- 27 - MEDICINA DO TRABALHO** - Sem área de atuação
- 28 - MEDICINA DO TRÁFEGO** - Sem área de atuação
- 29 - MEDICINA ESPORTIVA** - Sem área de atuação

- 30 - MEDICINA INTENSIVA** - Área de atuação: Medicina Intensiva Neonatal e Medicina Intensiva Pediátrica
- 31 - MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO** - Área de Atuação: Neurofisiologia Clínica
- 32 - MEDICINA LEGAL** - Sem área de atuação
- 33 - MEDICINA NUCLEAR** - Sem área de atuação
- 34 - MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL** - Área de Atuação: Administração em Saúde, Administração Hospitalar, Epidemiologia, Medicina Sanitária
- 35 - NEFROLOGIA** - Área de Atuação: Nefrologia Pediátrica
- 36 - NEUROCIRURGIA** - Área de Atuação: Cirurgia de coluna
- 37 - NEUROLOGIA** - Área de Atuação: Dor, Neurofisiologia Clínica, Neurologia Pediátrica
- 38 - NUTROLOGIA** - Área de Atuação: Nutrição Parenteral e Enteral, Nutrologia Pediátrica
- 39 - OFTALMOLOGIA** - Sem área de atuação
- 40 - ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA** - Área de Atuação: Cirurgia da Coluna, Cirurgia da Mão, Cirurgia do Joelho, Cirurgia do Ombro, Cirurgia do Pé, Cirurgia do Quadril, Ortopedia Pediátrica
- 41 - OTORRINOLARINGOLOGIA** - Área de Atuação: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endoscopia respiratória, Foniatria
- 42 - PATOLOGIA** - Área de Atuação: Citopatologia e Histopatologia
- 43 - PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL** - Sem área de atuação
- 44 - PEDIATRIA** - Área de Atuação: Alergia e Imunologia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica, Gastroenterologia Pediátrica, Hematologia e Hemoterapia Pediátrica, Infectologia Pediátrica Medicina do Adolescente, Medicina Intensiva Neonatal, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica Neonatologia, Neurologia Pediátrica, Nutrologia Pediátrica, Oncologia Pediátrica, Pediatria Preventiva e Social, Pneumologia Pediátrica e Reumatologia Pediátrica
- 45 - PNEUMOLOGIA** - Área de Atuação: Endoscopia Respiratória e Pneumologia Pediátrica
- 46 - PSIQUIATRIA** - Área de Atuação: Psicogeriatría, Psicoterapia, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Psiquiatria Forense
- 47 - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM** - Área de Atuação: Densitometria Óssea, Neurorradiologia, Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia, Resonância Magnética, Ultrassonografia
- 48 - RADIOTERAPIA** - Sem área de atuação
- 49 - REUMATOLOGIA** - Área de Atuação: Reumatologia Pediátrica
- 50 - UROLOGIA** - Área de Atuação: Andrologia, Sexologia
- OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

RESOLUÇÃO CFM 1.642/2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços

médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

- a) respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- b) admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;
- c) praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;
- d) efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;
- e) negociar com entidades representativas dos mé-

dicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

f) vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;

g) respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º As empresas que descumprirem a presente reso-

lução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM n.ºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA - Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03

O CFM informa aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar sobre o trânsito em julgado de sentença judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública n.º 005245-56.2005.4.02.5001, em trâmite na 3ª Vara Federal da Seção Judiciária do Espírito Santo, proposta pelo Ministério Público Federal em desfavor do CFM e do CRM/ES, a qual **declarou a nulidade da Resolução CFM n.º 1673/2003** e da Resolução CRM/ES n.º 154/2004, na medida em que impõe, como medida ética abstrata, a adoção da CBHPM como padrão mínimo de remuneração dos procedimentos médicos, reconhecendo, via de consequência, a nulidade de todo e qualquer procedimento administrativo levado a efeito pelos réus que vise apurar descumprimento, por parte dos médicos, das disposições de tais resoluções.

Ementa: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente

(artigo 15, letra h da Lei n.º 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único: As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

Art. 3º Revogue-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de agosto de 2003

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente
RUBENS DOS SANTOS SILVA - Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.762/05

Resolve considerar o implante de anel intraestromal na córnea usual, na prática Médica oftalmológica, para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o parecer CFM Nº 02/2005, referente ao uso de anel intraestromal na córnea para tratamento de pacientes com ceratocone;

CONSIDERANDO que segundo a comunidade científica as evidências comprovam os benefícios do tratamento com implante intraestromal da córnea em portadores de CERATOCONE nos estágios III e IV

CONSIDERANDO que existe um expressivo número de pacientes que poderão se beneficiar com este tratamento;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido na Sessão Plenária de 14/01/05.

RESOLVE:

Art. 1 Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médico-oftalmológica, a utilização de anel intraestromal na córnea para o tratamento de pacientes com CERATOCONE nos estágios III e IV, ressalvadas as contraindicações contidas no parecer CFM Nº 02/2005, de 14 de janeiro de 2005, relacionadas abaixo:

1. Ceratocone avançado com ceratometria mais que 75,0 dioptrias;
2. Ceratocone com opacidade severa da córnea;
3. Hidropsia da córnea;
4. Associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
5. Síndrome de erosão recorrente da córnea.

Art. 2 Revogar o contido no inciso II do Art.20 da Resolução 1622/2001 do Conselho Federal de Medicina.

Art. 3 Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de janeiro de 2005.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente
LIVIA BARROS GARÇÃO - Secretária Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.802/06

Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a Portaria nº 400, de 6 de dezembro de 1977, do Ministério da Saúde, prevê sala de recuperação pós-anestésica para a unidade do centro cirúrgico;

CONSIDERANDO o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM nº 62/05;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 4 de outubro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesiológicos que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiológico decidir

da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anestesiológico solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anestesiológico que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anestesiológico manter vigilância permanente a seu paciente.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXO I).

IV – É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V – Para a prática da anestesia, deve o médico anestesiológico avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;

II – Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;

III – Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventila-

ção artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

IV – Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiopulmonar.

Art. 4º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiológico;

§ 2º O médico anestesiológico que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI;

§ 3º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anestesiológico;

§ 4º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

- a)** à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- b)** à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- c)** ao estado de consciência;
- d)** à intensidade da dor.

Art. 5º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Parágrafo único - Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.363 publicada em 22 de março de 1993.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 4 de outubro de 2006.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária-Geral

ANEXOS

ANEXO I - As seguintes fichas fazem parte obrigatória da documentação da anestesia:

1. Ficha de avaliação pré-anestésica, incluindo:

- a.** Identificação do anestesiológico
- b.** Identificação do paciente
- c.** Dados antropométricos
- d.** Antecedentes pessoais e familiares
- e.** Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas
- f.** Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas
- g.** Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente)
- h.** Jejum pré-operatório
- i.** Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso
- j.** Estado físico
- k.** Prescrição pré-anestésica
- l.** Consentimento informado específico para a anestesia

2. Ficha de anestesia, incluindo:

- a.** Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento
- b.** Identificação do paciente
- c.** Início e término do procedimento
- d.** Técnica de anestesia empregada
- e.** Recursos de monitoração adotados
- f.** Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial e frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos
- g.** Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- h.** Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

3. Ficha de recuperação posanestésica, incluindo:

- a.** Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica
- b.** Identificação do paciente
- c.** Momentos da admissão e da alta
- d.** Recursos de monitoração adotados
- e.** Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos.

- f. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

ANEXO II - Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:

1. Em cada sala onde se administra anestesia: secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo e sistema de aspiração.
2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador, marca-passo transcutâneo (incluindo gerador e cabo).
3. Recomenda-se a monitoração da temperatura e sistemas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica e geriátrica, bem como em procedimentos com duração superior a duas horas, nas demais situações.
4. Recomenda-se a adoção de sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

ANEXO III – Instrumental e materiais:

1. Máscaras faciais
2. Cânulas oronasofaríngeas

3. Máscaras laríngeas
4. Tubos traqueais e conectores
5. Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis
6. Laringoscópio (cabos e lâminas)
7. Guia para tubo traqueal e pinça condutora
8. Dispositivo para cricotireostomia
9. Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos

ANEXO IV – Fármacos:

1. Agentes usados em anestesia, incluindo anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas, anestésicos inalatórios e dantroleno sódico, opióides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não-opióides, corticosteróides, inibidores H2, efedrina/etil-efrina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.
2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar, incluindo adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.804/2006

Estabelece normas para a utilização de materiais de implante.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o atual modelo de comercialização, distribuição e uso dos implantes de uso médico pode colocar em risco a segurança e o sucesso dos resultados dos procedimentos nos quais são utilizados;

CONSIDERANDO o uso crescente, diversificado e generalizado desses materiais em todo o território nacional, por diversas especialidades;

CONSIDERANDO que se faz necessário oferecer, tanto aos médicos como aos pacientes, uma possibilidade

tangível e inequívoca de conhecer o implante utilizado e sua origem – e, em caso de falhas, poder identificá-lo;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer padrões técnicos e não aleatórios de seu uso;

CONSIDERANDO o interesse precípua e o direito inalienável de toda a sociedade em sentir-se segura e amparada pelos órgãos de saúde no que tange ao uso desses materiais;

CONSIDERANDO o que ficou decidido pela Câmara Técnica Interprofissional criada pela Associação Médica Brasileira para estudar, discutir e normatizar o uso desses implantes;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 9/11/06,

RESOLVE:

Art. 1º Todos os implantes terão seu uso sob a supervisão e responsabilidade do diretor técnico das instituições hospitalares, cuja autoridade poderá ser delegada a outro médico mediante expediente interno.

Parágrafo único A responsabilidade prevista no caput deste artigo é extensiva aos médicos que indicam e realizam os procedimentos de colocação dos implantes.

Art. 2º Com o fito de bem desempenhar esta função, o médico por ela responsável tomará por base as normas/regras listadas no Manual de Boas Práticas de Recepção de Materiais de Implante em Centro de Materiais (Anexo X), elaboradas pela supracitada Câmara Técnica, em conformidade com a ANVISA/MS e legislação vigente, anexa a esta resolução, devendo recusar os materiais que nela não se enquadrem.

Art. 3º As etiquetas de identificação dos produtos, que

deverão conter seus dados completos de fabricação, bem como a declaração de origem firmada pelo distribuidor, corresponsável pelos mesmos, passarão a fazer parte obrigatória do prontuário do paciente, onde ficarão arquivadas pelo tempo legal exigido.

Art. 4º Ao médico assistente, responsável direto pelo procedimento, cabe a obrigação de comunicar ao diretor técnico quaisquer defeitos ou falhas na qualidade do produto ou em seu instrumental de implante.

Art 5º A presente resolução entra em vigor em seis meses a contar da data de sua publicação.

Brasília, 9 de novembro de 2006

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

À medida que os avanços ocorrem em todas as especialidades, com extraordinário crescimento tecnológico sem precedentes envolvendo os procedimentos médicos, um elevado número de novos métodos vêm surgindo. Destes, alguns representam situações absolutamente inovadoras; outros, aparecem em substituição a antigos, como resultado da modernização, graças a novas pesquisas. Como parte importante do que acabamos de expor, situam-se os implantes, atualmente em número elevadíssimo de apresentações e de fabricantes, tanto nacionais como estrangeiros, cujo mercado continuará em franco crescimento.

Até alguns anos, costumeiramente, as casas de saúde mantinham em seus almoxarifados um estoque desses produtos, o suficiente para atender à própria demanda; pressupunha-se que os fornecedores eram bem conhecidos e mantinham uma relação comercial permanente. Assim, o controle sobre tais insumos, quando se fazia necessário, era relativamente fácil. Por outro lado, considerando-se as limitações dos métodos utilizados e seus resultados, poucos eram os questionamentos em relação às suas falhas, quando ocorriam – e elas eram frequentes, diga-se de passagem. Com a explosão tecnológica, tornou-se inviável para os hospitais arcar com os custos de manutenção do estoque de tais implan-

tes, tanto por seu valor unitário quanto pela enorme variedade. Acrescente-se a isto a opção de escolha por parte de cada cirurgião e a especificidade do ferromental exigido para seu uso. Atualmente, é hábito generalizado, praticamente sem alternativa, que os fornecedores coloquem seus produtos em consignação para cada evento operatório, recolhendo-os em seguida. Esta medida, inegavelmente, viabiliza grande número de procedimentos mas traz a impossibilidade de controle sobre o que está sendo implantado, com sérios riscos para os pacientes e dificuldades para quem faz a implantação. Detectada uma falha, não há como corrigi-la em sua origem, pois não existem vínculos sequenciais para tal. Além do mais, inexistem normas e critérios para alicerçar a escolha e avaliação destes implantes, tornando aleatório o seu uso.

Diante de tal imbróglio – e motivada também por outros fatores decorrentes de forma direta ou indireta, como os objetivos de otimizar custos e viabilizar a implantação da CBHPM – a Associação Médica Brasileira (AMB) sentiu a necessidade de criar uma Câmara Técnica para estudar o assunto, com a participação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e de diversos profissionais médicos e não-médicos, convocando representantes de todas as especialidades que fazem uso de

implantes, bem como diversas entidades envolvidas.

Logo de início, detectou-se a necessidade de elaborar pontos de partida com a finalidade de balizar condutas, o que resultou na proposta de resolução ora apresentada à plenária deste CFM, que traz, anexo, um Manual de Boas Práticas de Recepção de Materiais de Implante em Centro de Materiais.

Tais documentos, uma vez aprovados e passando a vigorar, representarão, para os médicos brasileiros, os primeiros passos firmes em direção do uso correto, mais seguro e confiável dos implantes e da segurança a que os pacientes têm direito; representarão, ainda, um ponto de partida para a racionalização de despesas por parte dos sistemas de saúde, sem prejuízo de sua qualidade.

ANEXO V

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO DE MATERIAIS DE IMPLANTE EM CENTRO DE MATERIAIS

1 – Disposições gerais

- 1.1 – Introdução
- 1.2 – Abrangência
- 1.3 – Objetivo
- 1.4 – Definições

2 – Regulamento do centro de materiais

3 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico

- 3.1 – Cadastro dos fornecedores
- 3.2 – Cadastro dos materiais implantáveis
- 3.3 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico no centro de materiais
 - 3.3.1 – Verificação dos produtos estéreis
 - 3.3.2 – Verificação dos produtos não-estéreis
 - 3.3.3 – Verificação da documentação fiscal
- 3.4 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico no centro cirúrgico
 - 3.4.1 – Verificação dos produtos estéreis
 - 3.4.2 – Verificação dos produtos não-estéreis

4 – Etiquetas de identificação dos materiais implantáveis

5 – Consultas, informações e notificações

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO DE MATERIAIS DE IMPLANTE EM CENTRO DE MATERIAIS

1 – Disposições gerais

1.1 – Introdução

Este manual estabelece os princípios mínimos para a implementação dos processos de recebimento, conferência, aceitação e controle de produtos para a saúde de uso cirúrgico em instituições médico-hospitalares, inclusive os produtos fornecidos em consignação mercantil ou por empréstimo. Estabelece, ainda, as prescrições para a elaboração do regulamento do centro de materiais da instituição, do cadastro de fornecedores e do cadastro de materiais implantáveis e define os procedimentos administrativos e operacionais no centro de materiais e no centro cirúrgico.

Define as práticas de recebimento e controle de qualidade para a aceitação dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico desde o momento de sua recepção, pelos centros de materiais, até sua utilização nos centros cirúrgicos. Estabelece as prescrições para a notificação dos eventos adversos.

1.2 – Abrangência

1.2.1 – Instituições abrangidas

Os processos de recebimento, conferência, aceitação e controle de produtos para a saúde de uso cirúrgico, tratados neste documento, são direcionados/orientados para as instituições médico-hospitalares, públicas ou privadas, que realizem quaisquer tipo de procedimentos cirúrgicos, de qualquer porte, em território nacional.

1.2.2 – Produtos abrangidos

Este documento abrange os produtos para a saúde de uso cirúrgico: os materiais e artigos implantáveis, os equipamentos de terapia, os equipamentos de apoio médico-hospitalar, os materiais e artigos de apoio médico-hospitalar, os equipamentos de diagnóstico, os materiais e artigos descartáveis e os produtos para diagnóstico de uso in vitro, estéreis ou não-estéreis.

1.3 – Objetivo

- Assegurar que os produtos para a saúde de uso cirúrgico atendam a legislação, as normas e os regulamentos técnicos.

- Viabilizar o controle das condições seguras de uso e integridade da embalagem dos produtos implantáveis, estéreis e não-estéreis.

- Coibir as práticas comerciais e de distribuição não conformes com a legislação e/ou as resoluções da

Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA/MS e do Ministério da Saúde/MS.

- Promover aumento da segurança às instituições médico-hospitalares, aos profissionais de saúde e, principalmente, aos pacientes.
- Assegurar a resolubilidade normal dos procedimentos cirúrgicos.
- Controlar a ocorrência dos eventos adversos.
- Implementar uma prática eficaz de controle dos produtos para a saúde de uso cirúrgico, após o registro, e possibilitar um controle mais efetivo do mercado.

1.4 – Definições

1.4.1 – Centro de materiais

O centro de materiais compreende as áreas da instituição que participam, em todas ou em alguma fase, do fluxo dos produtos para a saúde de uso cirúrgico (materiais e artigos implantáveis e equipamentos; e materiais e artigos médico-hospitalares de uso cirúrgico, inclusive ferramental e instrumental cirúrgicos, estéreis e não-estéreis): recebimento, conferência, aceitação e controle, cadastros dos fornecedores e materiais implantáveis, estoque, processamento do material não-estéril, controle do inventário físico e de sua utilização, controle da documentação fiscal, notificação das ocorrências adversas e devolução dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico, inclusive do ferramental e instrumental cirúrgicos e produtos fornecidos em consignação ou por empréstimo.

1.4.2 – Fornecedores

Os fornecedores são as empresas – fabricantes, importadoras e/ou distribuidoras –, juridicamente constituídas e autorizadas a comercializar produtos para a saúde: materiais e artigos implantáveis e equipamentos e materiais e artigos médico-hospitalares, inclusive o instrumental e o ferramental cirúrgicos.

O fornecedor efetivamente vende, entrega os produtos à instituição e emite a nota fiscal de venda, de remessa de material em consignação ou de remessa de material por empréstimo.

1.4.3 – Produtos para a saúde

- Materiais e artigos implantáveis: são os materiais e artigos de uso médico ou odontológico, destinados a se-

rem introduzidos total ou parcialmente no organismo humano ou em orifício do corpo, ou destinados a substituir uma superfície epitelial ou superfície do olho por meio de intervenção médica, permanecendo no corpo por longo prazo após o procedimento e só podendo ser removidos unicamente por intervenção cirúrgica;

- Equipamento de terapia: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico ou odontológico destinado a tratamento de patologias, incluindo a substituição ou modificação da anatomia ou processo fisiológico do organismo humano;

- Equipamento de apoio médico-hospitalar: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos;

- Materiais e artigos de apoio médico-hospitalar: são os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos;

- Equipamento de diagnóstico: equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado à detecção de informações do organismo humano para auxílio a procedimento clínico;

- Materiais e artigos descartáveis: são os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez, de forma transitória ou de curto prazo;

- Produtos para diagnóstico de uso in vitro: são reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semiquantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que sejam utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

(Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS, Ministério da Saúde (Br). Produtos para a saúde. Conceitos técnicos. Definições de produtos para a saúde. 2005. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/produto-saude/conceito_prod.htm#5)

2 – Regulamento do centro de materiais

A instituição deverá elaborar o Regulamento do centro de materiais da “Instituição” (nome da instituição), previamente aprovado pela diretoria e assinado pelo diretor técnico, e disponibilizá-lo aos seus fornecedores, incluindo as seguintes informações de funcionamento:

- O(s) local(is) para a entrega e retirada dos produtos para a saúde de uso cirúrgico (materiais de implante, ferromental e instrumental cirúrgico, equipamentos, materiais e artigos médico-hospitalares de uso cirúrgico, estéreis e não-estéreis) e respectiva documentação fiscal;
- Os horários de funcionamento e de atendimento;
- O nome do diretor técnico da instituição, os números dos telefones (código de área, telefone e ramal) e fac-símiles (“fax”) e os correios eletrônicos (“e-mail”) para contato;
- Os nomes do responsável técnico do centro de materiais e de seu substituto, indicados formalmente pela diretoria da instituição, os números dos telefones (código de área, telefone e ramal) e fac-símiles (“fax”) e os correios eletrônicos (“e-mail”) para contato;
- Os nomes dos funcionários do centro de materiais, responsáveis pela recepção e devolução dos materiais, artigos implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico, estéreis e não-estéreis, bem como pela documentação fiscal, os números dos telefones (código de área, telefone e ramal) e fac-símiles (“fax”) e os correios eletrônicos (“e-mail”) para contato;
- As rotinas e os prazos para a entrega dos materiais, artigos implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico, estéreis e não-estéreis, inclusive dos materiais implantáveis e respectivo(s) instrumental(is) e ferromental(is) cirúrgicos fornecidos em consignação ou por empréstimo. O prazo deve contemplar o período de tempo mínimo suficiente para a verificação e o processamento dos materiais e demais produtos para a saúde solicitados para uma cirurgia específica previamente marcada;
- As condições de recepção e as rotinas do processamento dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico não-estéreis (embalagem, transporte, lavagem, desinfecção, esterilização, estocagem, controle do prazo de esterilização, identificação e transporte ao centro cirúrgico);
- As condições, rotinas e prazos para a entrega da documentação fiscal;
- A rotina para a devolução, ao fornecedor, dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico. A retirada deve ser informada com antecedência suficiente para a emissão da respectiva nota fiscal de remessa de devolução do material pela instituição (manter as descrições, especificações e valores dos produtos discriminados na nota fiscal de venda ou de remessa em consignação ou por empréstimo);
- A rotina para a recusa do recebimento de materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico, em vista da não conformidade do material e/ou da embalagem, do registro da ocorrência e da ciência ao responsável técnico do centro de materiais e ao diretor técnico da instituição, da notificação ao fornecedor e à ANVISA/MS, caso necessário;
- Os procedimentos e a periodicidade para a realização do inventário físico e a definição da forma para a notificação prévia dos fornecedores interessados e do período de antecedência;
- Os procedimentos para os registros de dano, extravio, furto e roubo dos produtos para a saúde, estocados ou em processamento;
- A rotina da verificação e do registro de ocorrências com materiais permanentes (danos ou problemas com os materiais consignados);
- A rotina para o recebimento e registro das reclamações ou das ocorrências com os produtos para a saúde de uso cirúrgico: data do recebimento da reclamação, natureza da reclamação, procedimentos de investigação para a confirmação da causa da reclamação, cadastro do resultado da investigação, comunicação ao responsável do centro de materiais e ao diretor técnico da instituição, resposta ao reclamante, procedimentos para a implementação de ações corretivas e/ou preventivas e notificação à ANVISA/MS ou às autoridades competentes;
- A rotina para o recebimento e registro das reclamações ou das ocorrências com as atividades de distribuição (fornecedor) dos produtos para a saúde de uso cirúrgico: data do recebimento da reclamação, natureza da reclamação, procedimentos de investigação para a confirmação da causa da

reclamação, cadastro do resultado da investigação, comunicação ao responsável do centro de materiais e ao diretor técnico da instituição, notificação ao fornecedor, procedimentos e prazos para a defesa do fornecedor, resposta ao reclamante, procedimentos para a implementação de ações corretivas e/ou preventivas e notificação à ANVISA/MS ou às autoridades competentes;

- A rotina de verificação e controle do prazo de validade e/ou de esterilização dos produtos para a saúde de uso cirúrgico estocados, do registro de ocorrências de produtos fora do prazo e dos procedimentos para devolução ou descarte;

- A rotina de verificação e do controle dos produtos para a saúde de uso cirúrgico estocados, com registro não renovado ou retirados do mercado pela ANVISA/MS, e dos procedimentos para sua devolução ou descarte;

- A rotina do registro das reclamações do fornecedor;

- A rotina para a formalização da recusa de continuidade de fornecimento pelo distribuidor à instituição (por escrito);

- A rotina da autorização de recepção, recebimento e controle dos produtos para a saúde de uso cirúrgico doados pelo fornecedor ou fabricante;

- A rotina da autorização do recebimento, da conferência, da aceitação e do controle dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico com registro provisório, liberados para pesquisa clínica em seres humanos (protocolo de pesquisa clínica e termo de consentimento livre e esclarecido aprovados por Comissão de Ética em Pesquisa e pela Conep/MS, conforme RCNS no 196, de 10/10/1996);

- A rotina de controle dos materiais implantáveis e demais produtos para a saúde de uso cirúrgico, não descartáveis ou consumíveis, abertos (embalagem violada) ou danificados (tentativa de implante mal sucedida) durante a cirurgia e não implantados ou utilizados;

- A forma de controle do uso do material consignado, da documentação fiscal e financeira, dos critérios e da forma de pagamento aos fornecedores;

- A rotina para a autorização dos técnicos de instrumentação cirúrgica terceirizados, funcionários ou prestadores de serviços vinculados a fornecedores, através de termo ou

acordo, por escrito, da prestação de serviços entre o fornecedor e a instituição. Procedimentos para a admissão e cadastramento do instrumentador, para a verificação e arquivamento da cópia do certificado de conclusão de curso de instrumentação cirúrgica em nível técnico ou de diploma de curso de auxiliar ou de técnico de enfermagem com especialização em instrumentação cirúrgica, e cópia do contrato entre o fornecedor e o instrumentador. Protocolar a entrega do regulamento do centro de materiais, do centro cirúrgico e dos outros documentos da instituição ao instrumentador, informando as rotinas e procedimentos autorizados, os limites legais, éticos e regulamentares. Verificar, mensalmente, o pagamento das obrigações trabalhistas pelo fornecedor ou instrumentador.

Os produtos estéreis e não-estéreis deverão ser entregues separadamente no setor de recebimento do centro de materiais, em conformidade com a legislação em vigor, com a RDC no 59, de 27 de junho de 2000, da ANVISA/MS, com as resoluções complementares ou substitutivas, com as normas técnicas (ABNT ou ISO) pertinentes e com o próprio regulamento do centro de materiais.

3 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico

A instituição deverá estabelecer e manter atualizado um sistema de cadastro, físico ou informatizado, dos fornecedores e dos materiais implantáveis, e implantar um sistema de recebimento, conferência, aceitação e controle dos materiais para a saúde de uso cirúrgico no centro de materiais e no centro cirúrgico.

3.1 – Cadastro de fornecedores

O centro de materiais deve implantar um sistema de cadastro de fornecedores, físico ou informatizado, com os seguintes dados:

- § nome da empresa fornecedora (razão social, nome fantasia e/ou sigla);

- § Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ;

- § inscrição estadual;

- § endereço completo;

- § código de endereçamento postal – CEP;

- § dados de contato (telefones, fac-símile e correio eletrônico);

- § responsável(eis) pelo atendimento, entrega e retirada (nomes completos e números dos telefones do escritório e/ou do celular);

- § controle do recebimento e ciência do Regulamento do Centro de Materiais da “Instituição” (protocolo de entrega incluindo o nome completo do

recebedor, a assinatura, o local e a data);
§ cópia do alvará de funcionamento (poder público municipal); verificar atividades autorizadas.

3.2 – Cadastro de materiais implantáveis

O centro de materiais deve implantar um sistema de cadastro de materiais implantáveis, físico ou informatizado, com os seguintes dados:

Identificação técnica:

- nome comercial do produto, da família (ex.: placa de autocompressão) ou do sistema (ex.: prótese total do quadril);
- modelo comercial do produto (no caso de família de produto, informar cada modelo do produto; no caso de sistema, informar cada componente que compõe o sistema);
- número de série ou identificação de cada modelo ou parte;
- número de registro do produto no Ministério da Saúde/MS;
- data de validade do registro;
- classificação de risco do produto – regra de classificação;
- classificação de risco do produto – classe de enquadramento;
- identificação da empresa fabricante ou do importador (empresa responsável pelo registro junto ao Ministério da Saúde) – razão social, nome fantasia e marca;
- CNPJ da empresa fabricante nacional ou do importador;
- país de fabricação do produto (origem);
- cópia do registro do produto ou da família de produtos do Ministério da Saúde, onde deve constar o nome da empresa responsável (fabricante nacional ou importador/distribuidor), a autorização, o nome técnico do produto, o número do processo, o nome comercial do produto, o local da fabricação, o(s) modelo(s) do produto, a classe de registro e a(s) petição(ões);
- os dados do fabricante estrangeiro – razão social, nome fantasia, marca e endereço.

Solicitar as informações ao fornecedor. A identificação do produto deve estar em conformidade com a

publicada no Diário Oficial da União e a constante no banco de dados do Centro Nacional de Tecnovigilância da ANVISA/MS.

Identificação do fabricante (material de fabricação nacional):

- razão social, nome fantasia, marca ou sigla, números de registro no CNPJ, inscrição estadual e endereço completo;
- cópia da Autorização de Funcionamento (número) e do Certificado de Boas Práticas de Fabricação – CBPF, fornecido pela ANVISA/MS. Verificar os prazos de validade;
- cópia do edital publicado no Diário Oficial da União. Verificar a referência do tipo de implante, da marca e do modelo.

Identificação do importador (produto de fabricação estrangeira):

- razão social, nome fantasia ou sigla, CNPJ e endereço do importador;
- alvará de funcionamento do importador (poder público municipal);
- cópia do Certificado de Boas Práticas de Fabricação – CBPF, fornecido pela ANVISA/MS. Verificar o prazo de validade;
- cópia do registro do produto ou da família de produtos do Ministério da Saúde. Verificar a citação específica do material recebido, a descrição e o prazo de validade do registro e a sua correspondência com o material entregue;
- cópia do edital publicado no Diário Oficial da União. Verificar a citação específica do material recebido e o prazo de validade do registro.

Verificar a documentação comprobatória no primeiro recebimento de um material implantável e anotar a data de validade do registro. Verificar, também, quando da renovação. Caso o fornecedor não apresente a documentação comprobatória da renovação do registro, eliminar o cadastro e não receber o implante.

3.3 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico no centro de materiais

O centro de materiais, no momento do recebimento, deve realizar a conferência da documentação fiscal, avaliar os produtos e verificar as condições das embalagens, acomodação

e transporte, conforme a RDC no 59/2000, da ANVISA/MS:

- conformidade e correspondência do material entregue em relação ao material discriminado na documentação fiscal, quantidade, tipos, marcas, modelos e números dos registros dos implantes no Ministério da Saúde;
- condições de integridade e inviolabilidade das embalagens;
- marcas de esterilização e respectivos prazos de validade;
- cumprimento do Regulamento do centro de materiais (condições, documentação, prazos e horários), das resoluções da ANVISA/MS e da legislação em vigor.

Verificar a correspondência do material entregue com o registro constante no cadastro de materiais implantáveis, identificação específica do produto, descrição técnica e prazo de validade do registro.

Após a conferência do material, caso aceite, encaminhar as notas fiscais, com a assinatura do funcionário responsável pela conferência, ao setor de controle da documentação fiscal da instituição, para verificação quanto à correção do preenchimento e adequação das informações.

Caso não aceite algum material, registrar a ocorrência formalmente, por escrito, e informar ao responsável técnico do centro de materiais, ao fornecedor, ao setor de controle da documentação fiscal da instituição e ao diretor técnico.

Verificação dos produtos estéreis:

§ verificar o nome do fabricante, a marca, o modelo, o número do lote, o número do registro do Ministério da Saúde, a data ou o prazo de validade do produto e da esterilização, as marcas de esterilização, as condições de inviolabilidade da embalagem, os lacres e possíveis danos na embalagem causados por falha no acondicionamento ou durante o transporte e o atendimento à RDC no 59/2000, da ANVISA/MS;

§ conferir o recebimento e adequação das cinco etiquetas de identificação do material implantável com o respectivo código de barras.

Verificação dos produtos não-estéreis:

- § verificar o nome do fabricante, a marca, o modelo, o número do lote, o número do registro do Ministério da Saúde e a data de validade do produto;
- § atender as condições de embalagem e de transporte referidas na RDC no 59/2000, da ANVISA/MS;
- § verificar a existência de embalagem individual

e a identificação do número do lote (o que possibilita sua rastreabilidade), conforme as resoluções da ANVISA/MS;

§ conferir o recebimento e adequação das cinco etiquetas de identificação do implante com o respectivo código de barras;

§ verificar a condição geral e o estado de limpeza do instrumental e do ferramental cirúrgicos.

Verificação da documentação fiscal:

Proceder a verificação da adequação das informações constantes e da ausência de rasuras nos seguintes documentos:

- nota fiscal de venda;
- nota fiscal de remessa de material em consignação (implantes e consumíveis);
- nota fiscal de remessa de material por empréstimo (instrumentais);
- recibos.

Receber e arquivar a documentação ou, caso constatare alguma incorreção, registrar a ocorrência formalmente, por escrito, e informar ao fornecedor, para as devidas correções ou adequações, ou ao responsável técnico do centro de materiais e ao diretor técnico, caso necessário.

3.4 – Recepção de produtos para a saúde de uso cirúrgico no centro cirúrgico

Verificação dos produtos estéreis:

§ verificar as informações da embalagem interna e conferi-las com as da externa, principalmente: nome do fabricante, marca, modelo, número de lote, número do registro do Ministério da Saúde, data ou prazo de validade do produto e da esterilização, marcas de esterilização, condições de inviolabilidade da embalagem interna ("blister"), lacres e danos na embalagem;

§ verificar a existência da bula em português; informar os cuidados e as limitações aos cirurgiões, no caso de novo implante;

§ inutilizar as embalagens imediatamente após sua utilização (final dos procedimentos cirúrgicos), de forma a impossibilitar sua reutilização.

Verificação dos produtos não-estéreis:

- verificar as condições referidas na RDC no 59/2000, da ANVISA/MS;
- verificar o estado geral e as condições de limpeza do instrumental e do ferramental cirúrgico;

- proceder conforme as rotinas estabelecidas nos regulamentos do centro de materiais e do centro cirúrgico.

Caso constate alguma incorreção, registrar a ocorrência formalmente, por escrito, e informar ao responsável técnico do centro de materiais, ao setor de controle da documentação fiscal da instituição e ao diretor técnico.

4 – Etiquetas de identificação dos materiais implantáveis

O fornecedor deverá entregar cinco etiquetas, numeradas de 1 a 5, com a identificação de cada material ou componente (parte) de sistema implantável, para fixação nos seguintes documentos:

- etiqueta número 1, obrigatoriamente, no prontuário clínico do paciente;
- etiqueta número 2, no laudo entregue para o paciente;
- etiqueta número 3, na documentação fiscal que gera a cobrança, na AIH, no caso de paciente atendido pelo SUS, ou na nota fiscal de venda, no caso de paciente atendido pelo sistema de saúde complementar;
- etiqueta número 4, disponibilizada para o controle do fornecedor (registro histórico de distribuição – RHD);
- etiqueta número 5, disponibilizada para o controle do cirurgião responsável (principal).

5 – Consultas, informações e notificações

A seguir, são relacionados os principais dados de contato para a solicitação de informações e orientações gerais ou para consultas e notificações da ocorrência de eventos adversos de produtos para a saúde à ANVISA/MS:

Anvisa - Informações sobre implantes, consulta de

registro de produto:

http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto_correlato/consulta_correlato.asp

Anvisa – Informações sobre empresas, consulta de autorização de funcionamento:

http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Autorizacao/consulta_autorizacao_internet.asp

Anvisa – notificações, queixas e denúncias - instituição médico-hospitalar:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa/MS. Gerência Geral de Segurança Sanitária de Produtos de Saúde Pós-Comercialização. Unidade de Tecnovigilância. Notificações em Tecnovigilância. Notificação Avulsa. Formulário automatizado, via internet, de “Notificação Tecnovigilância Avulsa”,

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sistec/notificacaoavulsa/notificacaoavulsa1.asp>

Anvisa – notificações, queixas e denúncias - instituição médico-hospitalar integrante da Rede Sentinela da Anvisa/MS - hospitais sentinela e colaboradores:

o gerente de risco sanitário hospitalar da instituição encaminha notificação à Anvisa/MS por meio do Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas Relacionadas a Produtos de Saúde – Sineps.

RDC no 59, de 27 de junho de 2000 – Anvisa/MS.

Determina a todos os fornecedores de produtos médicos o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas “Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos”.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.819/2007

Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos aspectos éticos relacionados ao preenchimento

das guias de consultas emitidas pelas seguradoras e operadoras de planos de saúde;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o que preceituam os artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940);

CONSIDERANDO o que preceitua o artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO o que determina o artigo 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO o constante nos artigos 8, 11, 45 e todo o Capítulo IX do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto no artigo 14 do Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, aprovado pela Resolução CFM nº 1.753/2004, de 08/10/2004;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 17/5/2007,

RESOLVE:

Art. 1º Vedar ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda.

Parágrafo único. Excetua-se desta proibição os casos previstos em lei.

Art. 2º Considerar falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal.

Parágrafo único: Respondem perante os Conselhos de Medicina os diretores médicos, os diretores técnicos, os prepostos médicos e quaisquer outros médicos que, direta ou indiretamente, concorram para a prática do delito ético descrito no caput deste artigo.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de maio de 2007.

ROBERTO LUIZ D'AVILA - Presidente em exercício

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina

(CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos ar-

mazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nos 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalm medico.org.br e www.sbis.org.br.

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10 Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11 Ficam revogadas as Resoluções CFM nos 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de julho de 2007

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - PRESIDENTE

LÍVIA BARROS GARÇÃO - SECRETÁRIA-GERAL

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Existe, hoje, um volume crescente de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de

saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde. As unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Além disso, os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados.

O disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde garante que, para eliminar o papel, os sistemas informatizados para guarda e manuseio

de prontuários de pacientes, atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”.

Ao atender o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, o sistema informatizado já possui um bom nível de segurança, entretanto, a eliminação do papel só é possível com a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, segundo determinação da legislação em vigor sobre documento eletrônico no Brasil, descrita abaixo.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova é garantida conforme o disposto nos artigos 104, 212, 221, 225 e 421 do Código Civil e nos artigos 131, 154, 244, 332 e 383 do Código de Processo Civil. O Decreto nº 3.587, de 5 de setembro de 2000, estabelece normas para a Infraestrutura de Chaves Públicas do Poder Executivo Federal – ICP-Gov.

A Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados desde que tenham uma certificação (arts. 1º e 10); e o Decreto nº 3.872, de 18 de julho de 2001, dispõe sobre o Comitê Gestor da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – CG ICP-Brasil, sua Secretaria Executiva e Comissão Técnica Executiva.

A legislação arquivística brasileira normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

A Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, regulamenta a microfilmagem de documentos oficiais por meio do Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996.

A Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei dos Arquivos), dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e dá outras providências e os Decretos nos 2.134, de 20 de janeiro de 1997; 2.942, de 18 de janeiro de 1999, e 4.073, de 3 de janeiro de 2002, a regulamentam.

A Lei nº 8.394, de 30 de dezembro de 1991, dispõe sobre a preservação, organização e proteção dos acervos documentais privados dos presidentes da República.

O Decreto nº 1.173, de 29 de junho de 1994, dispõe sobre a competência, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Arquivos e do Sistema Nacional de Arquivos.

O Decreto nº 2.182, de 20 de março de 1997, estabelece normas para a transferência e o recolhimento de acervos arquivísticos públicos federais para o Arquivo Nacional.

O Decreto nº 2.910, de 29 de dezembro de 1998, estabelece normas para a salvaguarda de documentos, materiais, áreas, comunicações e sistemas de informação de natureza sigilosa.

O Decreto nº 3.505, de 13 de junho de 2000, instituiu a Política de Segurança da Informação nos órgãos e entidades da administração pública federal.

O Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002, dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de intersegurança da sociedade e do Estado;

O Decreto nº 4.915, de 12 de dezembro de 2003, dispõe sobre o Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo – Siga.

A Resolução Conarq nº 7, de 20 de maio de 1997, dispõe sobre procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público.

A Resolução Conarq nº 22, de 30 de junho de 2005, dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

A NBR ABNT nº 10.519/88, de 1º de outubro de 1988, fixa as condições exigíveis para a racionalização dos arquivos brasileiros, públicos e privados, estabelecendo preceitos capazes de orientar a ação dos responsáveis pela análise e seleção de documentos, com vistas à fixação de prazos para sua guarda e/ou eliminação.

Existem, ainda, mais disposições na legislação sobre o assunto:

A Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registros e dispõe sobre o uso do arquivamento eletrônico pelos serviços notariais e de registros (cartórios).

A Lei nº 9.492, de 10 de setembro de 1997, define competência, regulamenta os serviços concernentes ao protesto de títulos e outros documentos de dívida e estabelece em seu art. 41 que “Para os serviços previstos nesta Lei os Tabeliães poderão adotar, indepen-

dentemente de autorização, sistemas de computação, microfilmagem, gravação eletrônica de imagem e quaisquer outros meios de reprodução”.

A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, institui o Código Nacional de Trânsito Brasileiro e determina que as repartições de trânsito deverão manter em arquivo, por 5 (cinco) anos, os documentos referentes a habilitação, registro e licenciamento de veículos, podendo as repartições fazerem uso da tecnologia de microfilmagem ou meio magnético.

A Lei nº 9.800, de 26 de maio de 1999, permite às partes a utilização de sistema de transmissão de dados para a prática de atos processuais, isto é, o envio de petições via e-mail, observados certos requisitos.

A Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

A Lei nº 10.259, de 12 de julho de 2001, dispõe sobre a instituição dos juizados especiais civis e criminais no âmbito da Justiça Federal e seu artigo 8º normatiza a intimação eletrônica na área civil para todas as pessoas jurídicas de direito público.

O Decreto nº 660, de 25 de setembro de 1992, institui o Sistema Integrado de Comércio Exterior - Siscomex. e autoriza os importadores/exportadores a utilizarem a emissão da documentação, relacionada ao comércio exterior, por meio do processamento eletrônico de dados e imagens on line e meio magnético.

O Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999, estabelece regras para a redação de atos normativos de competência dos órgãos do Poder Executivo.

O Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, dispõe sobre a remessa de documentos por meio eletrônico a que se refere o art. 57-A do Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999.

O Decreto nº 3.779, de 23 de março de 2001, acresce dispositivo ao art. 1º do Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, que dispõe sobre remessa de documentos por meio eletrônico.

O Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

O Decreto nº 4.414, de 7 de outubro de 2002, altera o Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, que dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

A Portaria nº 1.121, de 8 de novembro de 1995, do Ministério do Trabalho, dispõe sobre a informatização do registro de empregados e demais dados relacionados ao contrato de trabalho (utilização do armazenamento eletrônico de documentos na área trabalhista).

A Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova a Declaração de Práticas de Certificação da AC- Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 4, de 22 de novembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 13, de 26 de abril de 2002, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil (autoridade certificadora), estabelecendo o vínculo entre o par Raiz da ICP-Brasil, os critérios e procedimentos de chaves e seu titular.

A Resolução nº 19, de 8 de maio de 2003, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova o modelo eletrônico Revalidação dos Dados Cadastrais e Solicitação de Novo Certificado, de que trata a Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil.

O Parecer nº 16, de 4 de novembro de 1997, do Conselho Nacional de Educação, dispõe sobre o arquivamento eletrônico em CDs ou outros meios, dos documentos escolares das instituições de ensino (Ministério da Educação) que em seu art. 1º. dispõe que: “O arquivamento de documentos escolares, das instituições de ensino, observará as seguintes modalidades: (c) em disquete ou CD-ROM obtido por sistema computadorizado”.

Com isso, o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, com consequente melhoria no atendimento ao paciente. É dever do CFM garantir ao médico amplo respaldo legal na utilização desses sistemas, motivo pelo qual publica esta Resolução.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.836/2008

É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética e o exercício da medicina e zelarem pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão em toda a República;

CONSIDERANDO que o artigo 9º do Código de Ética Médica determina que a medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 34/01 do Conselho Federal de Medicina, o qual conclui que “estão passíveis de procedimentos apuratórios os médicos que beneficiam-se de encaminhamento de pacientes por empresas que pratiquem financiamentos e parcelamentos de honorários”;

CONSIDERANDO que por todo o país anunciam-se empresas de intermediação e financiamento de atos médicos, inclusive com teores antiéticos, expondo imagens de paciente em diversos meios de comunicação, com infração prevista à Resolução CFM nº 1.701/03;

CONSIDERANDO que esta publicidade de venda de procedimentos financiados pressupõe a finalização de compromisso generalizando resultados e prometendo o total sucesso do tratamento;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº 1.716/04, anexo, capítulo I, artigo 3, parágrafo único, letra E, que prevê a obrigatoriedade de inscrição para empre-

sas que atuem na intermediação de serviços de assistência à saúde;

CONSIDERANDO que aos médicos cabem responsabilidades intransferíveis, inclusive na observação da legalidade da instituição com a qual mantém relacionamento profissional;

CONSIDERANDO a fundamentação anexa a esta resolução;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 22 de fevereiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

Art. 2º Quando do atendimento de pacientes é responsabilidade integral, única e intransferível do médico o diagnóstico das doenças ou deformidades, a indicação dos tratamentos e a execução das técnicas.

Art. 3º Cabe ao médico, após os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, estabelecer o valor e modo de cobrança de seus honorários, observando o contido no Código de Ética Médica, referente à remuneração profissional.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária-Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM N.º 1.836/08

É indiscutível que a relação médico-paciente é a pedra fundamental da nossa atividade profissional.

Desde os mais remotos tempos, mesmo quando o caráter místico da doença ou deformidade significava castigo ao homem, a confiança depositada em quem trazia

conforto já era o centro e a maior possibilidade para a mitigação do sofrimento. Meirelles Gomes, em *As bases éticas da relação médico-paciente*, cita que dentre os

pontos críticos nesse aspecto vê-se: “(...) a autonomia do paciente” é seu direito de ser ouvido, sem imposição de conveniência leiga ou emocional, mas uma vontade coetada com o conhecimento técnico e o discernimento intelectual do médico”.

Aqui se fazem presentes os seguintes pressupostos:

- a) grau de intencionalidade;
- b) a compreensão que o agente tem do ato;
- c) ausência de coerções/limitações sobre o agente/ato.

Assim sendo, não há como pressupor que tão grande e intrincada relação possa ter origem indireta com influências outras que não médico e paciente, começo e fim do objetivo maior – a saúde.

Ventura de Matos considera que a medicina cirúrgica e seu agente, o cirurgião, devam seguir cânones:

- pela corresponsabilidade
- pela identificação técnica e humana com o caso
- pela prudência
- pelo espírito de equipe
- pela assiduidade
- pelo equilíbrio emocional
- pela noção de limites
- pela habilidade pessoal

A cirurgia plástica no atual estágio de desenvolvimento social trouxe, por um lado, a possibilidade do bem-estar conjugado à melhora do aspecto físico, mas, por outro, alargou desmesuradamente conceitos e generalizou o alcance de resultados. Assim, frente a essa invasão mercadológica que trabalha o maior sentido da vaidade humana, abriu-se um campo fértil para o lucro e a mercantilização. Empresas instalam-se por todo o país oferecendo através de panfletos, outdoors, jornais e mídia eletrônica planos de financiamento para cirurgias plásticas, com vendas de procedimentos fechados:

“Mama aumento importada 24 vezes de R\$ 285,41 ou à vista por R\$ 4.800,00”
“Promoção: abdômen em 24 vezes de R\$ 184,33”

No mesmo endereço eletrônico há depoimentos e fo-

tos de pacientes: “Nome completo da paciente FHM, 35 anos e feliz com suas novas formas”.

A paciente afirma que entrou na S.O. pesando 70,40kg e após o médico retirar gordura da barriga, costas, estômago e cintura, pesou 58kg na semana seguinte.

Em recente ofício da Secretaria de Defesa e Cidadania, Fundação Procon-SP, a Sra. Miriam Trevisan Nassif, diretora de Atendimento e Orientação ao Consumidor, solicitou manifestação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) sobre a empresa TWN – Assessoria e Assistência em Saúde, afirmando:

“Os consumidores são abordados em shopping centers e após informarem seus dados um “consultor” comparece em suas residências, faz indicação da cirurgia a ser realizada e no mesmo momento apresenta proposta para os serviços da cirurgia plástica recomendados. Ressalte-se que a avaliação médica é feita somente após a adesão ao contrato para realização de cirurgia plástica. Não há indicação prévia por profissional médico e quando há impedimento médico os consumidores enfrentam dificuldades em reaver os valores pagos”.

Anexa, cópia do “Contrato para realização de cirurgia plástica”.

Esse ofício motivou solicitação de audiência da SBCP com a Comissão de Assuntos Parlamentares AMB-CFM, onde o assunto foi exposto em vista de outro projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional para “consórcio de procedimentos médicos”.

Chegamos então, após análise perfunctória sobre os fatos citados, que necessária se faz uma norma que mesmo vindo reforçar conceitos éticos já detalhados no Código de Ética Médica possa trazer uma resposta para a sociedade e uma base de conduta pontual para médicos, frente a essa avassaladora vulgarização mercadológica de seu trabalho.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2008

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO - Coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.843/2008

Dispõe sobre o implante de lente de câmara anterior com suporte iriano como um procedimento usual na prática médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contra indicações referidas.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o Parecer CFM Nº 6/08, de 18 de abril de 2008, referente ao uso de lentes de câmara anterior de fixação iriana na correção de altas ametropias;

CONSIDERANDO que segundo a comunidade científica as evidências comprovam os benefícios do tratamento com estes implantes para altas ametropias;

CONSIDERANDO que existe um expressivo número de pacientes que poderão se beneficiar com este tratamento;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido na Sessão Plenária de 18 de abril de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Considerar como procedimento terapêutico usual na prática médico-oftalmológica, o tratamento de altas ametropias e paciente afácico, com implantes de lentes de câmara anterior de suporte iriano, de acordo com as indicações e ressalvadas as contra-indicações abaixo:

I – indicações:

- a)** Erro refrativo: Miopias de -8.00 a -20.00 dioptrias. Hipermetropias de +5.00 a +10.00 dioptrias

II - Exames oftalmológicos pré-operatórios obrigatórios:

- a)** acuidade visual com e sem correção, refração di-

nâmica e estática;

b) tonometria;

c) biometria ocular;

d) biomicroscopia do seguimento anterior;

e) microscopia Especular e contagem de células endoteliais;

f) mapeamento de retina;

g) cálculo do poder dióptrico das lentes, que deverá ser realizado de acordo com tabelas fornecidas pelo fabricante;

h) profundidade da Câmara Anterior;

i) equivalente esférico da refração;

j) média ceratométrica.

III - Contra indicações do procedimento:

a) contagem de células endoteliais abaixo de 2.000 cels/mm², para pacientes fácicos e 1.200 para pacientes afácicos;

b) câmara anterior com profundidade abaixo de 3,00 mm;

c) astigmatismo refracional acima de 2,00 dioptrias para o pacientes fácicos;

d) diâmetro pupila, em baixa luminosidade superior a 4,5 mm;

e) pacientes com maculopatias;

f) pacientes com alterações anatômicas da pupila, íris e córnea;

g) antecedentes de uveíte, glaucoma, ou história familiar dessas doenças.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogar o inciso IV do Art. 2º da Resolução CFM nº 1.622/01, publicada no Diário Oficial da União de 6 de junho de 2001.

Brasília-DF, 18 de abril de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária Geral

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.843/08

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia apresentou ao Conselho Federal de Medicina a inclusão do uso de implantes de lentes de câmara anterior com suporte iriano, com finalidades refrativas em pacientes afácicos e fáticos com elevados erros refrativos no rol dos procedimentos usuais da prática oftalmológica.

O Plenário desta Casa aprovou, em Sessão Plenária de 18 de abril de 2008, o Processo-Consulta CFM nº 6/08,

no qual somos favoráveis pelo reconhecimento do procedimento como prática oftalmológica usual e não mais experimental.

Desta forma, torna-se necessária a revogação do inciso IV do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.622/01.

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA - Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

Dispõe sobre as “Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, **CONSIDERANDO** que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM nº 1.802, de 4 de outubro de 2006;

CONSIDERANDO a evolução tecnológica e tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de

curta permanência, buscando a racionalização de custos;

CONSIDERANDO que todo centro cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução CREMERJ nº 180/2001 e seu Anexo, que regulamenta, no âmbito de sua jurisdição, as “Normas Mínimas para o funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência”;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução nº 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 13 de novembro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as “Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”, anexas a esta Resolução.

Art. 2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com a presente Norma.

Art. 3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência.

Art. 4º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da

Vigilância Sanitária.

Art. 5º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução.

Art. 6º As Unidades de que trata a presente Resolução, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.409/94

Brasília, 13 de novembro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE - Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO - Secretária-Geral

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS E DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA.

1. DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

- a) Unidade tipo I;
- b) Unidade tipo II;

- c) Unidade tipo III;
- d) Unidade tipo IV.

2.1.1 Unidade tipo I

É o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico, ou para diagnóstico, sob anestesia local, sem sedação, em dose inferior a 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equipotente de outros anestésicos locais), sem necessidade de internação.

2.1.2 Unidade tipo II

- a) É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;
- b) Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes;
- c) Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação;
- d) O pernoite, quando necessário, será feito em

hospital de apoio;

e) É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 Unidade tipo III

a) É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;

b) Deverá contar com equipamentos de apoio e de infraestrutura adequados para o atendimento do paciente;

c) Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;

d) Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico;

e) A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de apoio;

f) Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.4 Unidade tipo IV

a) É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infraestrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.);

b) Realiza cirurgias com anestesia loco regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;

c) Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

a) Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas cate-

gorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists (1962), ou seja:

ASA I – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;

ASA II – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

b) A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;

c) Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;

d) Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;

e) Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é contraindicada quando:

a) Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;

b) Os procedimentos a serem realizados são extensos;

c) Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;

d) Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;

e) Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4. RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 A indicação da cirurgia/procedimento com interna-

ção de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo:

ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 O médico deverá orientar o paciente ou o seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

4.5 Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesiológista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

- a)** rientação no tempo e espaço;
- b)** Estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- c)** Ausência de náusea e vômitos;
- d)** Ausência de dificuldade respiratória;
- e)** Capacidade de ingerir líquidos;
- f)** Capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g)** Sangramento ausente ou mínimo;
- h)** Ausência de dor importante;
- i)** Sem retenção urinária.

4.6 A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5. MATERIAL NECESSÁRIO

5.1 A Unidade tipo I deverá contar com os seguintes materiais:

- a)** Instrumental para exame clínico e procedimentos de diagnóstico;
- b)** Dispositivo para iluminação adequada para a atividade
- c)** Mesa/maca/cadeira adequada para a realização da atividade;
- d)** Equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;
- e)** Tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- f)** Equipamento para ausculta cardíaca;
- g)** Material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- h)** Material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

5.2 A Unidade tipo II deverá contar com os seguintes materiais:

- a)** Instrumental cirúrgico;
- b)** Aspirador de secreções;
- c)** Conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardio-respiratória;
- d)** Fonte de oxigênio;
- e)** Dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- f)** Mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
- g)** Equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
- h)** Estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
- i)** Dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
- j)** Tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- k)** Equipamento para ausculta cardíaca;
- l)** Armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
- m)** Mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
- n)** Material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- o)** Material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT;
- p)** Oxímetro de pulso;
- q)** Outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 O Complexo Cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a) Mesas/macacões cirúrgicas;
- b) Mesa para instrumental;
- c) Aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- d) Conjunto de emergência, com desfibrilador;
- e) Aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f) Dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g) Banqueta ajustável, inox;
- h) Balde a chute;
- i) Tensiômetro ou similar;
- j) Equipamento para ausculta cardíaca;
- k) Fontes de gases e vácuo;
- l) Monitor cardíaco;
- m) Oxímetro de pulso;
- n) Laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o) Instrumental cirúrgico;
- p) Material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- q) Medicamentos (anestésicos, analgésicos e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória.);
- r) Equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- a) Cama/macacão de recuperação com grade;
- b) Tensiômetro ou similar;
- c) Laringoscópio adulto ou infantil;
- d) Capnógrafo;
- e) Ventilador pulmonar adulto e infantil;
- f) Aspirador contínuo elétrico;
- g) Estetoscópio;
- h) Fonte de oxigênio e vácuo;
- i) Monitor cardíaco;
- j) Oxímetro de pulso;
- k) Eletrocardiógrafo;
- l) Maca hospitalar com grade;
- m) Material de consumo;
- n) Medicamentos.

5.4 As Unidades tipo III e IV deverão possuir, no míni-

mo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico. Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6. RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7. ORGANIZAÇÃO

7.1 As Unidades do tipo II, III e IV, classificadas nestas Normas, deverão possuir:

- a) Prontuário do paciente;
- b) Registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
- c) Registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
- d) Registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
- e) Registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer as determinações do Ministério da Saúde.

7.3 Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.4 Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.5 Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8. FUNCIONAMENTO

8.1 Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 Os serviços que realizam procedimentos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.3 Os estabelecimentos classificadas como II, III e IV deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

8.4 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com apoio hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.5 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

8.6 Os estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem estas exigências.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

Observação inicial: A Sociedade Brasileira de Oftalmologia-SBO e a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia - COOESO questionaram junto ao Conselho Federal de Medicina o artigo 1º da Resolução CFM Nº 1.409/94. O Conselheiro Carlos Alberto de Souza Martins a este propósito emitiu o seguinte parecer:

“Após analisar o pedido feito pela SBO e COOESO depreende-se que o fato gerador do mesmo é a insatisfação das duas entidades com os honorários recebidos vez que alegam ser necessária à internação para as cirurgias oftalmológicas ainda que em regime de “day clinic” – curta duração. Ressalte-se, por oportuno, que na prática não funciona sempre assim sendo as cirurgias realizadas em clínicas que, muitas das vezes, sequer dispõe de leitos para a recuperação dos pacientes após a cirurgia e na verdade, os pacientes são liberados logo após os procedimentos haja vista os “mutirões” das cataratas. Considerando, no entanto, que a afirmação das duas entidades é a regra e que os pacientes ficam internados, por um determinado período, em recuperação pós-operatória, é justo que se remunere de acordo com o previsto na CBHPM para pacientes internados e isso deverá ser

cobrado junto as Operadoras de Planos de Saúde. A Resolução 1409/94 disciplina de forma eficaz, a prática segura de cirurgias onde não há internação – regime ambulatorial ou quando a internação é uma eventualidade e dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos realizados fora de Unidade Hospitalar e, foi objeto de análise por essa Comissão que elaborou um projeto de resolução a ser analisado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, abaixo fundamentado:”

A Resolução CFM nº 1.409/94 deve ser ampliada em seus conceitos face à necessidade premente de esclarecimentos frente a vários seguimentos.

Propõe-se mudar a nomenclatura de cirurgia ambulatorial para Cirurgia com Internação de Curta Permanência para evitar entendimentos errôneos (cirurgia feita em ambulatório) e para deixar claro e patente que, a exceção de um tipo (tipo I), todos os outros tipos de cirurgia devem ser feitos em ambiente com instalações apropriadas para cirurgia.

Propõe-se, também, o seguinte:

a) Utilização dos “Considerando” de ambas as re-

soluções (CFM e CREMERJ) que tratam do assunto, adequando-os a uma nova resolução;

b) Utilização dos “Resolves” da resolução do CREMERJ com as adaptações necessárias ao CFM e para aplicação por outros regionais, já que o que consta nos “Resolves” da Resolução CFM nº 1.409/94 vai passar a constar no anexo à nova resolução;

c) Em relação a esse anexo propomos a incorporação, na íntegra, do anexo da Resolução CREMERJ nº 180/01 por ser atual, didático e objetivo.

Brasília, 13 de novembro de 2008.

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA - Conselheiro Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.956/2010

Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que o médico deve, em benefício do seu paciente, agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade;

CONSIDERANDO que o médico não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que para tal deve aprimorar-se continuamente quanto aos seus conhecimentos técnicos e ao progresso da ciência médica;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.614/01 disciplina a função de auditoria médica;

CONSIDERANDO que é imperiosa a garantia de aces-

so aos médicos e, por conseguinte, aos pacientes, da evolução tecnológica comprovada cientificamente e liberada para uso no país;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico obter qualquer forma de lucro ou vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses, materiais especiais ou artigos implantáveis de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve ser ressarcido de todos os custos provenientes de compra, administração de estoque e impostos, atendendo ao fato de ser pessoa física ou jurídica, de modo a não lucrar, sem contudo ser prejudicado;

CONSIDERANDO que reconhecidamente há conflitos de ordens diversas entre médicos assistentes e operadoras de planos de saúde, como também instituições públicas da área, quando da indicação para uso de órteses, próteses e materiais implantáveis;

CONSIDERANDO que, de acordo com a Resolução CFM nº 1.804/06, os artigos implantáveis são utilizados sob a supervisão e responsabilidade do diretor técnico do hospital ou outro médico por ele indicado;

CONSIDERANDO a necessidade de declaração de conflito de interesses na área de pesquisa, produção científica e educação continuada para maior transparência e imparcialidade na atividade profissional;

CONSIDERANDO que deve ser respeitado o direito do paciente em receber informações quanto ao seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, neste caso, ser feita a comunicação a seu representante legal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de outubro de 2010,

RESOLVE:

Art. 1º Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

Art. 2º O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.

Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

Art. 4º As autorizações ou negativas devem ser acompanhadas de parecer identificado com o nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável pelo mesmo.

Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e

oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas.

Parágrafo único: Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à Anvisa, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

Art. 6º Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição pública, deverá, de comum acordo, ser escolhido um médico especialista na área, para a decisão.

§ 1º Esta decisão não deverá ultrapassar o prazo de cinco dias úteis, contados a partir do conhecimento do responsável pela arbitragem.

§ 2º Cabe arbitragem mesmo nas situações de emergências, quando não for possível pré-autorização e tenha sido usado o material implantável, órtese ou prótese.

§ 3º O médico que atua como árbitro tem direito a remuneração.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga os dispositivos em contrário.

Brasília-DF, 7 de outubro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA - Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA - Secretário-geral

RESOLUÇÃO - CFM Nº. 2.069/2014 DE 29 DE ABRIL DE 2014.

Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e,

CONSIDERANDO que todos aqueles que necessitam de assistência à saúde precisam identificar o profissio-

nal a quem estão se dirigindo nos estabelecimentos de assistência médica, de hospitalização ou qualquer outro onde, de forma direta ou indireta, o médico protagoniza atos de sua competência;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080/90 e demais instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde res-

peitam o contido no artigo 5º da Constituição Federal em seu inciso XIII, que prevê a formação de profissões construídas por saberes distintos e consequentes responsabilidades civis, penais e administrativas;

CONSIDERANDO que o art. 6º da Lei nº 12.842/13 determina que "A denominação de "médico" é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação";

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado na sessão plenária de 30 de janeiro de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º É dever do médico(a) em todo o território nacional, quando em serviço em seus locais de trabalho, se identificar como MÉDICO, em tipo maiúsculo, quando detentor apenas da graduação e, quando especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, acrescer o nome de sua ESPECIALIDADE,

também em tipo maiúsculo.

Art. 2º É facultado ao médico(a), em todo o território nacional, utilizar antecedendo seu nome a palavra DOUTOR(A) ou sua abreviatura, conforme o consagrado pelo direito consuetudinário.

Art. 3º Esta resolução aplica-se a crachás, placas de identificação de consultórios, bolsos ou mangas em batas ou roupas que o médico utilize como fardamento de trabalho. Parágrafo único. Quanto aos documentos médicos, carimbos e demais instrumentos de divulgação de assuntos médicos, deve-se obedecer ao disposto na resolução vigente sobre divulgação de assuntos médicos (publicidade).

Art. 4º Esta resolução entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

Brasília-DF, 30 de janeiro de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA - Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA - Secretário-Geral

RESOLUÇÃO - CFM Nº 2.073/2014 DE 11 DE ABRIL DE 2014.

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.056/13 entra em vigor na data de 12 de maio de 2014;

CONSIDERANDO que o trabalho de fiscalização está sendo construído com um novo aplicativo e software

para tornar ágeis as fiscalizações e permitir que dados estatísticos possam ser aferidos a cada ano, com o fito de garantir que os serviços médicos de qualquer natureza estejam sempre dentro de um padrão que garanta segurança na assistência ao povo brasileiro;

CONSIDERANDO que este trabalho é absolutamente inovador e também permitirá, com agilidade, responder a demandas da fiscalização ou judiciais, bem como possibilitar revisões sistemáticas dos ambientes médicos;

CONSIDERANDO, ainda, que como todo trabalho humano deverá estar aberto a modificações a partir de sugestões oriundas dos Conselhos Regionais, quando de sua implantação;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 28 de março de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a nova redação dos roteiros de vistoria constantes no Anexo II e Anexos dos Grupos 1, 2, 3 e 4

da Resolução CFM nº 2.056/13, publicada no D.O.U. de 12 novembro 2013, Seção I, p. 162.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de 12 de maio de 2014, quando passará a vigorar a Resolução CFM nº 2.056/13.

Brasília-DF, 28 de março de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA - Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA - Secretário-Geral

RESOLUÇÃO ANVISA - RE Nº 2605

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere inciso XI, do Art. 13, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999,

CONSIDERANDO o disposto no inciso II do artigo 8º da Resolução RDC/ANVISA nº 156 de 11 de agosto de 2006;

CONSIDERANDO a necessidade de indicar os produtos que no estágio atual de conhecimento não devem ser reprocessados, e

CONSIDERANDO que a matéria foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada, que a aprovou em reunião realizada em 7 de agosto de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados, que constam no anexo desta Resolução.

Art. 2º Revoga-se a Resolução RE/ANVISA nº 515, de 15 de fevereiro de 2006.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO - Presidente

ANEXO

LISTA DE PRODUTOS MÉDICOS ENQUADRADOS COMO DE USO ÚNICO PROIBIDOS DE SER REPROCESSADOS

1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade)
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para medida de débito por termodiluição;
16. Cateter duplo J, para ureter;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;

20. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
21. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
22. Compressas cirúrgicas descartáveis;
23. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
24. Dique de borracha para uso odontológico;
25. Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
26. Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
27. Drenos em geral;
28. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
29. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
30. Esponjas Oftalmológicas;
31. Expansores de pele com válvula;
32. Extensões para eletrodos implantáveis;
33. Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
34. Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
35. Filtros de linha para sangue arterial;
36. Filtros para cardioplegia;
37. Filtros endovasculares;
38. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
39. Geradores de pulso, implantáveis;
40. Hemoconcentradores;
41. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
42. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
43. Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
44. Lancetas de hemoglicoteste;
45. Lentes de contato descartáveis;
46. Luvas cirúrgicas;
47. Luvas de procedimento;
48. Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
49. Oxigenador de bolhas;
50. Oxigenador de membrana;
51. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
52. Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular;
53. Punch cardíaco plástico;
54. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiectomia;
55. Sensor débito cardíaco;
56. Sensores de Pressão Intra-Craniana;
57. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico;
58. Sondas de aspiração;
59. Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
60. Sondas retais;
61. Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
62. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
63. Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
64. Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
65. Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
66. Tubo de coleta de sangue.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 40, DE 6 DE JUNHO DE 2003

Veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições definidas no inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, conforme o disposto na alínea 'a' do inciso II do art. 60 do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, em reunião realizada em 4 de junho de 2003;

CONSIDERANDO os resultados obtidos em decorrência da Resolução Normativa - RN n.º 25, de 28 de janeiro de 2002;

CONSIDERANDO a necessidade de zelar pela qualidade da oferta dos produtos definidos no art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que têm como característica fundamental a garantia de cobertura financeira de despesas com assistência à saúde;

CONSIDERANDO que, nos termos do art. 34 da Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde devem operar exclusivamente os produtos previstos no inciso I e § 1º do art. 1º daquela Lei;

CONSIDERANDO ainda que o acesso à assistência à saúde por meio de contratos ou filiação a sistemas de intermediação que não ofereçam garantia de cobertura financeira para custeio da assistência é desaconselhado em virtude da imprevisibilidade do vulto das despesas a que o consumidor estará sujeito quando necessitar atendimento médico,

Adotou a seguinte resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos dire-

tamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998.

Art. 2º O art. 9º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação, revogando-se os incisos I e II:

“Art. 9º As Administradoras de planos, definidas no art. 11 desta Resolução, são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, a qual financia tais planos”.(NR)

Art. 3º O art. 11 da RDC nº 39, de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 11 Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pela contratante, e que não assumem, portanto, o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”.(NR)

Art. 4º As empresas com registro provisório classificadas na modalidade de administradoras de serviços terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos da RDC nº 39, de 2000.

Parágrafo único As empresas referidas no caput deste artigo que não promoverem tal adequação no prazo estipulado, terão seus registro provisórios de funcionamento cancelados.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Resolução constitui infração prevista no art. 7º da Resolução de Di-

retoria Colegiada - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

Parágrafo único. Todos os contratos de produtos de assistência à saúde comercializados pelas operadoras de planos de assistência à saúde e seguradoras especializadas em saúde, após a vigência desta resolução, que não apresentem as características definidas no inciso I e § 1º

da Lei nº 9656, de 1998, serão considerados nulos.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
DIRETOR-PRESIDENTE

RESOLUÇÃO NORMATIVA-RN Nº 25, DE 24 DE JANEIRO DE 2003 (*)

Dispõe sobre cadastro e demais providências que regem as pessoas jurídicas que operam com sistemas de desconto.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o Comunicado nº 8, de 12 de dezembro de 2002, em reunião extraordinária realizada em 24 de janeiro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º As pessoas jurídicas que administram produtos ou serviços de assistência à saúde vinculados a desconto ou similares, possuindo ou não rede própria, credenciada, conveniada, contratada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, deverão observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Art. 2º Para efeito desta norma, fica definido cadastro como o instrumento preliminar, necessário para a inscrição no registro junto à ANS.

Art. 3º As pessoas jurídicas de sistema de desconto ou similares deverão solicitar o seu cadastro junto à ANS, no prazo de até trinta dias do início de vigência desta, mediante protocolização de solicitação acompanhada dos documentos mencionados nos arts. 5º e 8º e dos formulários impressos constantes dos Anexos I, II e III, disponíveis no site www.ans.gov.br, nos quais constará o número ca-

dastral da pessoa jurídica junto à ANS.

Art. 4º Até que sejam expedidas as normas de registro definitivo, serão mantidos os cadastros das pessoas jurídicas de que trata esta Resolução.

§ 1º. O número cadastral deve ser utilizado como referência em toda inclusão ou alteração das informações constantes dos Anexos I, II e III.

§ 2º No caso de pessoas jurídicas que possuam filiais ou sucursais, somente será considerado um único cadastro de funcionamento, correspondente ao CNPJ da sede.

Art. 5º As pessoas jurídicas de que trata esta Resolução deverão apresentar à ANS cópia autenticada do seu instrumento de constituição e respectivas alterações, se houver, indicação de seus administradores e cargos que ocupam, e os formulários dos Anexos I e II devidamente preenchidos.

Art. 6º As pessoas jurídicas de que trata esta Resolução deverão notificar quaisquer alterações nas informações prestadas, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de todos os documentos pertinentes devidamente autenticados, no prazo de trinta dias a contar da alteração, observado o disposto no §1º, do art. 4º.

Art. 7º Para os efeitos desta Resolução, são considera-

dos administradores de pessoas jurídicas de sistema de desconto ou similares:

- I** - os eleitos ou nomeados para os cargos de Diretor, Curador ou membro dos Conselhos de Administração, Deliberativo, Curador, Diretor ou assemelhados, quando se tratar de órgãos estatutários;
- II** - os sócios gerentes designados em contrato ou alteração de contrato social, quando se tratar de sociedades regidas por tal instrumento; e
- III** - administradores estranhos ao quadro social da pessoa jurídica, contratados para prestação de serviço como Diretor, Gerente ou cargos assemelhados.

Art. 8º No que se refere à operação dos produtos ou serviços das pessoas jurídicas de que trata esta Resolução, são devidos os seguintes documentos ou informações.

- I** - Para cada tipo de operação contratada será devido o preenchimento de um Anexo III desta Resolução;
- II** - Cópia do modelo contratual firmado com consumidor;
- III** - Cópia dos modelos contratuais firmados com os prestadores de serviço (profissionais de saúde, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, clínicas especializadas e entidades hospitalares);
- IV** - Material de divulgação da rede de prestadores de serviços; e
- V** - Material de informação dos percentuais de desconto ou valores referenciais praticados para pagamento na rede de prestadores de serviços.

Art. 9º Os Anexos desta Resolução Normativa estão disponíveis para consulta e preenchimento no

endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 10. A inobservância ao disposto nesta Resolução implicará a aplicação das penalidades vigentes.

Art. 11. A ANS poderá solicitar outros documentos ou informações das pessoas jurídicas que operam serviços com as características de sistema de desconto ou similares e que já possuem o número de registro provisório na ANS.

Art. 12. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras -DIOPE ficará responsável pela análise das informações relativas à constituição da empresa e ao cargo de administrador.

Art. 13. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos DIPRO ficará responsável pela análise das informações relativas à operação dos produtos ou serviços.

Art. 14. Após conclusão das análises envolvidas, as informações obtidas pelo cadastro serão consolidadas em relatório que subsidiará propostas a serem apreciadas pela Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo único. A ANS editará normativo próprio para a matéria.

Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

JANUARIO MONTONE - Diretor-Presidente

(*) *Publicada no D.O.U. de 30/01/2003, seção 1*

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 124, DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art.4º, incisos XXIX, XXX e XLI, alínea f e §1º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em cumprimento aos artigos 25 e 27 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 29 de março de 2006, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

TÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - DA ABRANGÊNCIA DA NORMA

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde, que operam os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, doravante denominadas operadoras, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados, quando violarem os contratos de planos privados de assistência à saúde ou a legislação do mercado de saúde suplementar, estão sujeitos às penalidades instituídas pela Lei nº 9.656 de 1998, e graduadas nesta Resolução, sem prejuízo da aplicação das sanções de natureza civil e penal cabíveis, conforme especificado. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 1º Incluem-se na abrangência desta Resolução todas as pessoas jurídicas de direito privado, independentemente de sua forma de constituição, definidas na Lei nº 9.656 de 1998, e na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, inclusive seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados e os prestadores de serviços de saúde. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º A presente Resolução Normativa aplica-se a todas as Operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive as Administradoras de Benefícios. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

CAPÍTULO II - DAS ESPÉCIES DE PENALIDADE E DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO

Art. 2º A infração dos dispositivos da Lei nº 9.656, de 3

de junho de 1998, e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e beneficiários, sujeitam os infratores da legislação às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora;

IV - suspensão de exercício do cargo;

V - inabilitação temporária para o exercício de cargo em qualquer operadora de planos de assistência à saúde; e (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

VI - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos de qualquer operadora, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§1º As penalidades previstas nos incisos I e II são aplicáveis, isolada ou cumulativamente com aquela prevista no inciso III, às operadoras de planos privados de assistência à saúde; as penalidades previstas nos incisos I, IV, V e VI, são aplicáveis aos seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Aos prestadores de serviço de saúde é aplicável a sanção prevista no inciso II.

Art. 3º A ANS aplicará as penalidades descritas nesta Resolução, de forma isolada ou cumulativamente, considerando a gravidade, as consequências do caso e o porte econômico das operadoras. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Na aplicação de sanção aos administradores ou aos membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras, a ANS, além de observar os

parâmetros acima expostos, atentará para a culpabilidade dos infratores.

Art. 4º É de competência da Diretoria de Fiscalização da ANS, a aplicação, em primeira instância, das penalidades previstas nesta Resolução e da Diretoria Colegiada a decisão definitiva a ser proferida em sede recursal.

SEÇÃO I - Da Advertência

Art. 5º A sanção de advertência será aplicada nos casos previstos nesta norma e desde que atendida ao menos uma das condições abaixo previstas: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~I – ter ocorrido o cumprimento da obrigação até o décimo dia contado da data do recebimento da intimação pela operadora para ciência do auto; ou~~ (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~II – não ter havido lesão irreversível ao bem jurídico tutelado pela norma infringida; ou~~ (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~III – não ter acarretado qualquer dano aos beneficiários; ou~~ (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~IV – ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária e eficaz - RVE. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

§1º A sanção de advertência será aplicada por escrito.

§2º Na hipótese de o infrator ter reincidido na mesma infração, a ANS poderá deixar de aplicar a pena de advertência, para aplicar uma sanção mais grave. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Seção II - Da Multa

Art. 6º A sanção de multa será aplicada por decisão da autoridade julgadora, que deverá fixá-la de acordo com os limites e os critérios definidos em lei e indicados nesta Resolução.

Subseção I - Das agravantes e atenuantes

Art. 7º São circunstâncias que sempre agravam a sanção, quando não se constituem na própria infração:

~~I - ter a prática infrativa importado em risco ou consequência danosa à saúde do beneficiário; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~II – deixar o infrator, tendo conhecimento do ato lesivo, de tomar providências para atenuar ou evitar suas conseqüências danosas; ou~~ (Revogado pela RN

nº 396, de 25/01/2016)

~~III – ser o infrator reincidente.~~

~~IV - ter a infração resultado em lesão irreversível à saúde ou na morte do beneficiário. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Parágrafo único. Cada circunstância agravante implicará o acréscimo de 10% (dez por cento) do valor da multa, exceto a descrita no inciso IV, quando o valor da multa será aplicado em dobro. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 8º São circunstâncias que sempre atenuam a sanção:

~~I – ser a infração provocada por lapso do autor e não lhe trazer nenhum benefício, nem prejuízo ao consumidor; ou~~ (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~II – ter o infrator incorrido em equívoco na compreensão das normas regulamentares da ANS, claramente demonstrada no processo; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~III - ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária e eficaz – RVE. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Parágrafo único. Cada circunstância atenuante implicará a redução de 10% (dez por cento) do valor da multa.

Subseção II - Dos fatores de compatibilização da penalidade.

Art. 9º No caso de infrações que produzam efeitos de natureza coletiva, o valor da multa pecuniária fixada poderá ser aumentado em até vinte vezes, até o limite estabelecido nos arts. 27 e 35-D da Lei 9.656, de 1998, observados os seguintes parâmetros de proporcionalidade: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~I - de 1 (um) a 1.000 (mil) beneficiários expostos: até 1 (uma) vez o valor da multa; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~II - de 1.001 (mil e um) a 20.000 (vinte mil) beneficiários expostos: até 5 (cinco) vezes o valor da multa; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~III - de 20.001 (vinte mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários expostos: até 10 (dez) vezes o valor da multa; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~IV - de 100.001 (cem mil e um) a 200.000 (duzentos mil) beneficiários expostos: até 15 (quinze) vezes o valor da multa; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

V – de 200.001 (duzentos mil e um) a 1.000.000 (um milhão) de beneficiários expostos: até 20 (vinte) vezes o valor da multa; ou (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

VI – a partir de 1.000.001 (um milhão e um) beneficiários expostos: 20 (vinte) vezes o valor da multa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§1º Para os fins deste artigo, será aplicado o fator indicado no inciso VI às operadoras que não tiverem fornecido à ANS o cadastro de beneficiários ou às administradoras de benefícios que não tiverem informado seu número de vidas administradas. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Quando o fator multiplicador tomar por base o número de beneficiários, este será considerado de acordo com o registrado no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB na data do fato. Caso não seja possível aferir a data do fato, será utilizada a data do auto de infração ou documento equivalente. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 3º Para efeito de aplicação do caput deste artigo, às operadoras classificadas como Administradoras de Benefícios, considerar-se-á como número de vidas administradas o total de beneficiários expostos nos contratos de planos de saúde coletivos nos quais atue, direta ou indiretamente, observando o disposto no §7º deste artigo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 4º Nos casos em que a operadora se encontra com registro ativo na ANS, mas não tem beneficiários, aplicar-se-á o disposto no inciso I do art. 9º. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 5º Para os casos de cancelamento de registro da Operadora e transferência de carteira, caso não seja possível precisar a data do fato, será considerado o último número de beneficiários informado no SIB. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 6º Para as infrações de natureza permanente ou continuadas será considerado o último número de beneficiários informado, quando da cessação da prática infrativa. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 7º Para fins de definição dos beneficiários expostos, adotar-se-á os seguintes critérios: (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

I – nas infrações que afetarem os beneficiários de um produto, o número de expostos será o número de beneficiários daquele produto; (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

II – nas infrações que afetarem os beneficiários localizados em determinada região de saúde, o número de expostos será o número de beneficiários naquela região; e (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

III - nas infrações que afetarem os beneficiários de um contrato, o número de expostos será o número de beneficiários daquele contrato. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 8º O fator de compatibilização disposto neste artigo somente será aplicado quando houver sua expressa previsão de aplicação no tipo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 10. Serão considerados os seguintes fatores multiplicadores para o cálculo do valor das multas, com base no número de beneficiários das operadoras, constante no cadastro já fornecido à ANS:

I - de 1 (um) a 1.000 (mil) beneficiários: 0,2 (dois décimos);

II - de 1.001 (mil e um) a 20.000 (vinte mil) beneficiários: 0,4 (quatro décimos)

III - de 20.001 (vinte mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários: 0,6 (seis décimos);

IV - de 100.001 (cem mil e um) a 200.000 (duzentos mil) beneficiários: 0,8 (oito décimos); e

V - a partir de 200.001 (duzentos mil e um): 1,0 (um).

§1º Para os fins deste artigo, será aplicado o fator indicado no inciso V às operadoras que não tiverem fornecido à ANS o cadastro de beneficiários ou às administradoras de benefícios que não tiverem informado o número de vidas administradas. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Quando o fator multiplicador tomar por base o número de beneficiários, este será considerado de acordo com o registrado no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB na data do fato. Caso não seja possível aferir a data do fato, será utilizada a data do auto de infração ou documento equivalente. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 3º Caso as operadoras classificadas como administradoras de benefícios voluntariamente informarem o número total de vidas administradas, este número será considerado para fins de aplicação do caput deste artigo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 4º Nos casos em que a operadora se encontra com registro ativo na ANS, mas não tem beneficiários, aplicar-se-á o disposto no inciso I do art. 10. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§5º Para os casos de cancelamento de registro da

Operadora e transferência de carteira, caso não seja possível precisar a data do fato, será considerado o último número de beneficiários informado no SIB. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 6º Para as infrações de natureza permanente ou continuadas será considerado o último número de beneficiários informado, quando da cessação da prática infrativa. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Subseção III - Da fixação do valor da multa

Art. 11. A multa será graduada, aplicando-se, sucessivamente, as agravantes, as atenuantes e os fatores de compatibilização das penalidades. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Os critérios aludidos neste artigo e estabelecidos nos arts. 7º ao 10 não se aplicam às infrações cuja sanção cominada seja multa diária. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 12. O resultado alcançado do cálculo da multa, por infração, não poderá exceder dos limites mínimo e máximo previstos nos artigos 27 e 35-D da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§1º Não está sujeita ao limite de que trata o caput deste artigo a multa diária prevista no art. 18 e no art. 89 desta Resolução.

§2º Para a aplicação de multa diária, prevista no art. 18, a ANS deverá considerar, como termo inicial a data da intimação do auto de infração e, como termo final, a data de cessação da infração. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§3º Na aplicação da multa diária do artigo 18, para fins desta Resolução, considera-se cessada a infração: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

I - na data em que a operadora solicitar e preencher os requisitos para obtenção da autorização de funcionamento; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

II - na data em que a ANS constatar indício da dissolução irregular da pessoa jurídica; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

III - na data da publicação da decisão da ANS que decretar sua direção fiscal, ou direção técnica, ou liquidação extrajudicial, ou determinar a alienação de sua carteira; ou (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

IV - na data em que ocorrer a cessação da atividade. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§4º Não ocorrendo as hipóteses previstas no §3º deste artigo e esgotado o prazo de 90 (noventa) dias, esse será considerado o termo final da aplicação da multa diária. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§5º ~~O dever de a ANS implementar as medidas dispostas no inciso III do §3º permanece mesmo após ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias. (Incluído pela RN nº 161, de 2007) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

§6º ~~Tão logo a Diretoria de Fiscalização — DIFIS tome conhecimento da ocorrência da infração prevista no art. 18 desta Resolução deverá comunicar à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras — DIOPE, para que esta adote as medidas previstas no inciso III do §3º. (Incluído pela RN nº 161, de 2007) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Art. 13. As operadoras e os prestadores de serviço de saúde estão sujeitos à multa de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por dia, nos termos do §1º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000.

§1º A aplicação da multa a se refere este artigo será precedida de intimação da ANS para o cumprimento da obrigação, com a definição de prazo não inferior a 15 dias, bem como a indicação à sujeição da penalidade de que trata o caput deste artigo.

§2º Expirado o prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS expedirá notificação ao prestador de serviço, com a fixação do termo final para o cumprimento da obrigação, após o que será computada a multa diária prevista neste artigo.

§3º A multa pode ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou do prestador de serviços.

Seção III - Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento e Alienação da Carteira da Operadora

Art. 14. O cancelamento da autorização de funcionamento, para efeito desta Resolução, é a sanção que implica o impedimento do exercício da atividade de operadora de planos de assistência à saúde. (alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

Parágrafo único. Para fins de aplicação do caput deste artigo, a ANS previamente adotará as medidas necessárias para a proteção dos beneficiários que estiverem vinculados à operadora de planos de as-

sistência à saúde, conforme o caso. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

Seção IV - Da Suspensão de Exercício do Cargo

Art. 15. A suspensão do exercício de cargo, pelo prazo mínimo de 60 (sessenta) e máximo de 180 (cento e oitenta dias), aplica-se aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados de operadoras de planos privados de assistência à saúde, na hipótese de práticas infrativas previstas nesta Resolução.

§1º A suspensão do exercício de cargo será aplicada em dobro na hipótese de reincidência, observado o limite de 180 (cento e oitenta dias).

§2º A reincidência em infração punida com suspensão do exercício de cargo pelo prazo máximo implicará a aplicação da sanção de inabilitação temporária pelo prazo de 1 (um) ano, exceto nos casos previstos nos arts. 28, 30, 32-A, 45 e 46. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Seção V - Da Inabilitação Temporária

Art. 16. A inabilitação do exercício de cargo, pelo prazo mínimo de 1 (um) ano e máximo de 5 (cinco) anos, aplica-se aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados de operadoras de planos privados de assistência à saúde, na hipótese de práticas infrativas previstas nesta Resolução.

Seção VI - Da Reincidência

Art. 17. Verifica-se a reincidência quando o agente regulado comete nova infração de mesmo tipo da infração anteriormente punida, cuja decisão tenha transitado em julgado. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§1º Ocorrerá a reincidência quando, entre a data do trânsito em julgado e a data da prática da infração posterior, houver decorrido período de tempo não superior a 1 (ano) ano.

§2º Excepcionam-se ao disposto no parágrafo anterior as infrações previstas no Capítulo II do Título II desta Resolução, hipótese em que o decurso de tempo não será superior a 2 (dois) anos.

TÍTULO II - DAS INFRAÇÕES

CAPÍTULO I - DAS INFRAÇÕES

DE NATUREZA ESTRUTURAL

SEÇÃO I - Do Exercício da Atividade de Operadora

Autorização de Funcionamento

Art. 18. Exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência a saúde sem autorização da ANS:

Sanção – multa de R\$ 250.000,00; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa diária no valor de R\$ 10.000,00. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Registro de Produto

Art. 19. Operar produto sem registro na ANS:

Sanção – multa de R\$ 250.000,00; (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

suspensão do exercício do cargo por 180 (cento e oitenta) dias. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§1º Considera-se, também, operar produto sem registro a comercialização de produtos suspensos ou cancelados. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Na hipótese de reincidência, será aplicada inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 1 (um) ano, sem prejuízo da aplicação de multa prevista no caput. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Produto Diverso do Registrado

Art. 20. Operar produto de forma diversa da registrada na ANS, em desacordo com as características definidas ou vedadas pela legislação e seus regulamentos: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 50.000,00.

Produto Bloqueado ou em Extinção de Entidade de Autogestão

Art. 20-A. Ofertar produto bloqueado ou em extinção de entidade de autogestão. (Incluído pela RN nº 148, de 2007)

Sanção - advertência;
Multa de R\$ 25.000,00.

Grupo Restrito de Beneficiários

Art. 20-B. Ofertar produto ativo à beneficiário distinto do grupo restrito da modalidade autogestão. (Incluído pela RN nº 148, de 2007)

Sanção - advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação

Art. 20-C. Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor. (Incluído pela RN nº 195, de 2009)
Sanção - multa de R\$ 50.000,00.

Ingresso de beneficiário em plano coletivo

Art. 20-D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. (Incluído pela RN nº 195, de 2009)
Sanção - multa de R\$ 50.000,00.

Sistemas de Descontos

Art. 21. Operar sistemas de desconto ou de garantia de preços diferenciados não previstos em lei:
Sanção – advertência;
multa de R\$ 50.000,00.

Segmentações dos Produtos ou Serviços

Art. 22. Operar produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas em lei:
Sanção – advertência;
multa de R\$ 50.000,00.

Pessoa Jurídica Independente

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Art. 23. Deixar de constituir pessoa jurídica independente, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da Lei nº 9.656, de 1998, e da regulamentação da ANS; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – multa de R\$ 200.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Condições para o Exercício do Cargo de Administrador

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Art. 24. Deixar de cumprir a regulamentação referente às condições para o exercício do cargo de administrador de operadora de planos de assistência à saúde; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
multa de R\$ 50.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Condições de Ingresso de Mantenedor ou Patrocinador

Art. 24-A. Deixar de cumprir a regulamentação referente às condições para ingresso de mantenedor ou patrocinador em entidade de autogestão. (Incluído pela RN nº 148, de 2007)
Sanção - advertência;
Multa de R\$ 25.000,00.

Alienação de Carteira

Art. 25. Alienar ou adquirir total ou parcialmente carteira sem prévia autorização da ANS: (Redação dada pela RN nº 145, de 2007)
Sanção – multa de R\$ 200.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 1 (um) ano, sem prejuízo da aplicação de multa prevista no caput. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Alienação de Carteira

Art. 26. Proceder à alienação de carteira vedada pela legislação:
Sanção – multa de R\$ 100.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias.

Registro de Alienação de Carteira

Art. 27. Deixar de registrar o instrumento de cessão de carteira no cartório competente:
Sanção – advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

Alterações Societárias

Art. 28. Deixar de cumprir a regulamentação da ANS referente aos atos de cisão, fusão, incorporação, desmembramento, alteração ou transferência total ou parcial do controle societário: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção - multa de R\$ 250.000,00. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
suspensão do exercício de cargo de 90 (noventa) a 180 (cento e oitenta) dias. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 2 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação de multa prevista no caput. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Identificação de Operadora

Art. 29. Deixar de cumprir regras estabelecidas pela regulamentação da ANS para identificação da operadora ou de seus produtos perante os beneficiários, inclusive as referentes a material publicitário de caráter institucional. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 10.000,00.

Práticas Irregulares ou Nocivas

Art. 30. Incurrer em práticas irregulares ou nocivas à política de saúde pública:

Sanção – multa de R\$ 250.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa.

Embaraço à Fiscalização

Art. 31. Obstruir, dificultar ou impedir por qualquer meio, o exercício da atividade fiscalizadora da ANS: (Redação dada pela RN nº 234, de 2010)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Modelos e conteúdos assistenciais

Art. 32. Deixar de cumprir as normas relativas aos conteúdos e modelos assistenciais:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Art. 32-A. Deixar de cumprir as medidas determinadas pela ANS no âmbito do programa de intervenção fiscalizatória. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 500.000,00 (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Suspensão do exercício do cargo por 180 (cento e oitenta dias). (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Em caso de reincidência, será aplicada a penalidade de inabilitação temporária para o exercício do cargo por 1 (um) ano, sem prejuízo da aplicação de multa prevista no caput. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

SEÇÃO II - Dos Documentos e Informações

Requerimento de informações às operadoras e prestadores de serviços

Art. 33. Deixar de fornecer ou se recusar a enviar as informações ou os documentos requeridos pelos Diretores da ANS ou encaminhá-los com falsidade ou retardamen-

to injustificado:

Sanção – multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços

Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações devidas ou solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

Envio de Informações Periódicas

Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 1º Para efeito do previsto no caput deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas remetidas em atendimento aos normativos vigentes. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 3º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada, por período superior ao previsto no §2º do art. 17 desta Resolução, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, na forma prevista nesta Resolução Normativa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 4º Caso a informação obrigatória deixe de ser encaminhada por períodos sucessivos, a multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Envio de informações periódicas mensais

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 36. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica mensalmente: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 25.000,00. (Alterado pela RN nº

301, de 07 de agosto de 2012) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 1º A multa prevista no caput será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§ 2º Permanecendo a operadora inerte no período de 180 (cento e oitenta) dias, não encaminhando documento ou informação periódica mensalmente, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, prevista no inciso III do art. 2º desta Resolução Normativa. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Incorreções e Omissões nas Informações

Art. 37. Encaminhar à ANS os documentos ou as informações devidas, contendo incorreções ou omissões:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 10.000,00.

Falsidade ou Fraude

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 38. Fornecer à ANS, exceto na hipótese do art. 33, informações ou documentos falsos ou fraudulentos: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 100.000,00; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Manutenção de Documentos ou Informações

Art. 39. Deixar de manter, para verificação da ANS, documentação ou informação devida, na forma da lei:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Publicação ou Divulgação de Informações

(Alteração dada pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Art. 40. Deixar de publicar ou divulgar, nos meios definidos nos normativos específicos, as informações exi-

gidas pela ANS:

Sanção - multa de R\$ 30.000,00. (Alteração dada pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

SEÇÃO III - Do Relacionamento da Operadora com o Prestador

Unimilitância

Art. 41. Exigir exclusividade do prestador de serviço:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 50.000,00.

Restrição da Atividade do Prestador

Art. 42. Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador de serviço:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Contratualização

Art. 43. Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviço de saúde:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Parágrafo único. Incorre na mesma sanção a entidade de autogestão e a operadora por ela contratada que descumprirem a regulamentação referente à contratação de rede de prestação de serviços, em especial o artigo 21 da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006. (Redação dada pela RN nº 272, de 20/10/2011)

Art. 43-A. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela regulamentação setorial para a aplicação do índice de reajuste definido pela ANS. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência. Multa de R\$35.000,00 (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 27/01/2016, Seção 1, página 45)

Padrão de Informações com Prestadores

Art. 44. Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Parágrafo único. Aplica-se este artigo também na hi-

pótese de descumprimento dos arts. 2º; art. 4º, caput e parágrafo único; e art. 12 da Resolução Normativa Nº 190, de 30 de abril de 2009.

~~Art. 44-A. Utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço como critério; exclusivo, de descredenciamento de prestadores. (Incluído pela RN nº 267, de 24 de Agosto de 2011) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 35.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Art. 44-B. Deixar de incluir os atributos de qualificação dos prestadores de serviço em seus materiais de divulgação da rede assistencial no prazo estabelecido. (Incluído pela RN nº 267, de 24 de Agosto de 2011)

Sanção - advertência;

multa de R\$ 35.000,00.

~~Art. 44-C. Deixar, a operadora que possua rede própria de prestadores, de fornecer informações relevantes para fomentar o uso dos indicadores de monitoramento da qualidade assistencial. (Incluído pela RN nº 267, de 24 de Agosto de 2011) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 35.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

CAPÍTULO II - DAS INFRAÇÕES DE NATUREZA ECONÔMICO-FINANCEIRA

Seção I - Da Situação Econômico-Financeira

Operações Contrárias à Lei

Art. 45. Realizar operações financeiras vedadas por lei:

Sanção - multa de R\$ 100.000,00;

suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, a ANS poderá cancelar a autorização de funcionamento e alienar a carteira da operadora, bem como aplicar a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Recursos pela Alienação Compulsória de Carteira

Art. 46. Deixar de depositar integralmente os recursos percebidos na alienação compulsória de carteira em instituição financeira indicada pela ANS ou movimentá-los sem autorização da ANS. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Adoção do Plano de Contas

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 47. Deixar de adotar o Plano de Contas Padrão da ANS, na forma prevista na regulamentação: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 100.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Escrituração de Registros Contábeis

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 48. Deixar de escriturar os registros contábeis ou os registros auxiliares obrigatórios ou escriturá-los em desacordo com a regulamentação da ANS: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Submissão de Contas a Auditores Independentes

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 49. Deixar de submeter as contas a auditores independentes, registrados no Conselho de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Publicação de Demonstrações Contábeis

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 50. Deixar de publicar as demonstrações contábeis, conforme estabelecido na legislação em vigor: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 multa de R\$ 50.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Constituição de Provisões Técnicas

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 51. Deixar de constituir as provisões técnicas estabelecidas pela regulamentação da ANS. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Se constituídas as provisões técnicas de forma insuficiente: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 70.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Provisões Técnicas, Fundos e Provisões

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 52. Deixar de cumprir as regras referentes a aplicação, registro e disponibilidade dos bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Vinculação de Ativos Garantidores

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 53. Deixar de vincular à ANS os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Inadequação ou Insuficiência de Ativos Garantidores

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 54. Vincular à ANS, de forma inadequada, os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 50.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Se os ativos de que trata o caput deste artigo forem insuficientes: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 70.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Alienação de Ativos Garantidores

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 55. Alienar, prometer alienar ou de qualquer forma gravar ativos necessários à garantia das provisões técnicas, fundos especiais ou quaisquer outras provisões exigidas, sem prévia e expressa autorização da ANS: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — multa de R\$ 100.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Constituição de Provisões Técnicas

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 56. Constituir provisões técnicas, sem prévia aprovação pela ANS da respectiva nota técnica atuarial, na forma estabelecida pela legislação da ANS: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

multa de R\$ 80.000,00. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Seção II - Da Variação da Contraprestação Pecuniária

Art. 57 Exigir, cobrar ou aplicar variação ou reajuste da contraprestação pecuniária em desacordo com a lei, a regulamentação da ANS ou o contrato: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção — advertência;
 multa de R\$ 45.000,00.

§1º. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa. (Redação dada pela RN

nº 396, de 25/01/2016)

§2º Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Reajuste não Autorizado ou Homologado

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 58. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custo, sem autorização ou homologação da ANS: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção – advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 35.000,00: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Reajuste acima do Permitido

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 59. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custos, acima do contratado ou do percentual autorizado, divulgado ou homologado pela ANS: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção – advertência; (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~multa de R\$ 45.000,00: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa. (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Período de referência

Art. 60. Exigir ou aplicar reajustes sobre as contraprestações pecuniárias dos beneficiários de planos contratados por pessoas físicas em período de referência posterior ao autorizado pela ANS: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;

multa de R\$ 35.000,00.

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Revisão Técnica

Art. 61. Deixar de cumprir as regras decorrentes da revisão técnica autorizada pela ANS:

Sanção – advertência;

multa de R\$ 45.000,00.

§ 1º Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Reajuste de plano coletivo

(Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)

~~Art. 61-A Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor. (Incluído pela RN nº 195, de 2009) (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

~~Sanção – multa de R\$ 45.000,00: (Revogado pela RN nº 396, de 25/01/2016)~~

Contraprestações distintas em contratos coletivos

Art. 61-B Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados. (Incluído pela RN nº 195, de 2009)

Sanção - multa de R\$ 45.000,00.

Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário

Art. 61-C. Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário, salvo nos casos autorizados pela regulamentação: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 5.000,00

Agrupamento de Contratos.

(Incluído pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento: (Alteração dada pela

RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Sanção - multa de R\$ 45.000,00 (Incluído pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

CAPÍTULO III - DAS INFRAÇÕES DE NATUREZA ASSISTENCIAL

Seção I - Da Relação com o Beneficiário

(Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Ingresso de Beneficiário em Plano (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 62. Impedir ou restringir a participação de beneficiário em plano privado de assistência à saúde: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 50.000,00.

Renovação de Contratos

Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de beneficiário em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-B Condicionar o exercício do direito da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar ou coletivo por adesão: (Redação dada pela RN nº 252, de 28/04/2011)

Multa de R\$ 40.000,00.

Art. 62-C Exigir indevidamente ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências: (Redação dada pela RN nº 252, de 28/04/2011)

Multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-D Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a

regra de portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências: (Redação dada pela RN nº 252, de 28/04/2011)

Multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-E Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências: (Redação dada pela RN nº 252, de 28/04/2011)

Sanção – advertência;
Multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-F Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências, não enquadradas nos artigos anteriores: (Redação dada pela RN nº 252, de 28/04/2011)

Sanção – advertência;
Multa de R\$ 30.000,00.

Art. 63. Exigir taxa de qualquer espécie ou valor no ato da renovação dos contratos de planos de assistência à saúde:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

Participação de consumidor em programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças (Acrescentado pela RN nº 264, de 22/08/2011)

Art. 63-A. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças. (Acrescentado pela RN nº 264, de 22/08/2011)

Sanção – multa de R\$ 20.000,00. (Acrescentado pela RN nº 264, de 22/08/2011)

Art. 63-B. Deixar de garantir ao beneficiário bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 15.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Art. 63-C. Exigir ou tentar impor prazo mínimo de participação sem direito à bonificação ou premiação, ou qualquer valor para o beneficiário que optar em participar dos programas que garantem bonificação e pre-

miação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 35.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Art. 63-D. Exigir ou tentar impor ao beneficiário participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças o alcance de determinada meta ou resultado em saúde para a obtenção da bonificação ou premiação: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção - multa de R\$ 25.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Art. 63-E. Impedir, limitar ou dificultar, por qualquer meio, a adesão ou a efetiva participação do beneficiário aos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação:(Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 25.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Art. 63-F. Excluir o beneficiário participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação, salvo nos casos previstos na regulamentação em vigor: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 25.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Art. 63-G. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Sanção – multa de R\$ 20.000,00. (Acrescentado pela RN nº 265, de 22/08/2011)

Recontagem de Carência

Art. 64. Proceder à recontagem de carência, em descumprimento às regras estabelecidas pela legislação:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

Fornecimento de Cópia do Instrumento Contratual

Art. 65. Deixar de fornecer ao beneficiário de plano individual ou familiar, quando da sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do contrato e de material exemplificativo de suas características, direitos e obrigações: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 5.000,00.

Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual

Art. 65-A. Deixar de fornecer ao beneficiário de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 5.000,00

Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos

Art. 65-B Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados. (Incluído pela RN nº 195, de 2009)

Sanção – advertência;
Multa de R\$ 5.000,00

Cláusulas de Garantias Legais

Art. 66. Deixar de prever cláusulas obrigatórias no instrumento contratual firmado com o beneficiário ou pessoa jurídica contratante ou estabelecer disposições ou alterações contratuais que violem a legislação em vigor: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 30.000,00.

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Cláusula de Agrupamento. (Incluído pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Art. 66-A Deixar a operadora de aditar o contrato quando obrigada a fazê-lo, nos termos do normativo específico, para fins de aplicação do reajuste calculado a

partir do agrupamento de contratos: (Incluído pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Sanção - multa de R\$ 30.000,00 (Incluído pela RN nº 309, de 24 de outubro de 2012)

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Negativa de Migração ou Adaptação dos Contratos

Art. 67. Deixar de proceder à migração ou à adaptação dos contratos à Lei nº 9.656, de 1998, quando solicitado pelo beneficiário, nas hipóteses em que esta seja obrigatória pela legislação em vigor: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00

Art. 67-A. Impedir, dificultar ou restringir o exercício do direito à adaptação ou à migração de contrato: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-B. Condicionar o exercício individual do direito à migração à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação individual ou familiar e coletivo por adesão: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-C. Deixar de observar, ao elaborar a proposta de adaptação ou de migração, as formalidades devidas (ou obrigatórias) previstas na legislação em vigor: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Art. 67-D. Alterar indevidamente as cláusulas estabelecidas no contrato de origem, quando da adaptação: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Art. 67-E. Exigir ou tentar impor, na proposta de migração ou de adaptação, período de carência, em desacordo com a regulamentação de Adaptação e Migração. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 40.000,00

Art. 67-F. Deixar de promover, quando exigida pela ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada

para a definição do ajuste da adaptação. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-G. Promover, em desacordo com os critérios da ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para definição do ajuste da adaptação. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Art. 67-H. Condicionar o exercício do direito à migração ou à adaptação ao pagamento de quaisquer valores adicionais: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00

Art. 67-I. Deixar de formalizar, nos prazos determinados, as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar dos contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, que tenham sido aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência: (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00

Adaptação ou migração dos contratos em Desacordo com a Legislação

Art. 68. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação que disciplina a adaptação ou a migração de contratos, não enquadradas nos artigos anteriores: (Redação dada pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Alteração do Contrato em Desacordo com a Legislação

Art. 69. Proceder a alterações contratuais de planos de assistências à saúde em desacordo com a legislação vigente: Sanção – advertência;

multa de R\$ 35.000,00.

Manutenção da Titularidade dos Contratos

Art. 70. Deixar de manter a titularidade dos contratos na forma da legislação:

Sanção – advertência;

multa de R\$ 15.000,00.

Mecanismos de Regulação



Art. 71. Deixar de cumprir as regras previstas na legislação ou no contrato referentes à adoção e utilização dos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – advertência;
multa de R\$ 30.000,00.

Informação sobre Condições de Saúde dos Beneficiários (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 72. Divulgar ou fornecer a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, informação sobre as condições de saúde dos beneficiários, contendo dados de identificação, sem a anuência expressa dos mesmos, salvo em casos autorizados pela legislação: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa.

Proteção de Informações sobre Beneficiário

(Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 73. Deixar de adotar os mecanismos mínimos de proteção à informação em saúde suplementar, previstos na regulamentação da ANS:
Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 30 (trinta) dias, sem prejuízo da multa.

Art. 74. Deixar de comunicar aos beneficiários as informações estabelecidas em lei ou pela ANS: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

§ 1º Na hipótese de a operadora deixar de informar ao beneficiário, na forma estabelecida pela regulamentação da ANS, os motivos da negativa de autorização do acesso ou cobertura previstos em lei ou contrato, a multa será de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

§2º Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 74-A. Deixar de fornecer Carta de Orientação ao

Beneficiário previamente ao preenchimento da declaração de saúde no momento da assinatura do contrato ou adesão ao plano privado de assistência à saúde: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção - advertência
multa R\$ 25.000,00

Art. 74-B. Fornecer Carta de Orientação ao Beneficiário fora do padrão estabelecido pela ANS: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência
multa R\$ de 10.000,00

Art. 74-C Divulgar os resultados de sua avaliação de desempenho erroneamente ou de forma diversa da prevista na regulamentação. (Incluído pela RN nº 193, de 2009, alterada pela RN nº 202, de 2009)

Sanção – advertência
multa de R\$ 25.000,00.

Art. 74-D. Veicular material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE. (Acrescentado pelo art. 25 da RN nº 277, de 07/11/2011)

Sanção - advertência
multa de R\$ 80.000,00

Oferecimento de Plano de Referência

Art. 75. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação quanto ao oferecimento do plano referencia: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – advertência;
multa de R\$ 25.000,00.

Planos Coletivos Cancelados

Art. 76. Deixar de oferecer plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, ao universo de beneficiários participantes de contrato coletivo, na hipótese de seu cancelamento, observada a legislação em vigor: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Art. 76-A Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar nega-

tiva de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção - multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Seção II - Da Cobertura

Benefícios de Acesso ou Cobertura

Art. 77. Deixar de garantir ao beneficiário acesso ou cobertura previstos em lei: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 80.000,00.

Obrigações de Natureza Contratual

Art. 78. Deixar de garantir aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde o cumprimento de obrigação de natureza contratual: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 60.000,00.

Urgência e Emergência

Art. 79. Deixar de garantir ao beneficiário cobertura exigida em lei, nos casos de urgência e emergência: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 250.000,00. (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Remoção em Urgência e Emergência

Art. 80. Deixar de cumprir normas regulamentares referentes aos atendimentos de urgência e emergência:
 Sanção – multa de R\$ 30.000,00.

Doenças e Lesões Preexistentes

Art. 81. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à doença e lesão preexistente do beneficiário: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 40.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Individual

Art. 82. Suspender ou rescindir unilateralmente o contrato individual ou familiar, em desacordo com a lei:
 Sanção – multa de R\$ 80.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

Art. 82-A Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação: (Incluído pela RN nº 195, de 2009)
 Sanção - multa de R\$ 80.000,00

Interrupção de Internação

Art. 83. Interromper a cobertura de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, sem autorização do médico assistente:
 Sanção – multa de R\$ 80.000,00.

Exonerados, Demitidos ou Aposentados

Art. 84. Deixar de cumprir a legislação referente à garantia dos benefícios de acesso e cobertura para beneficiário exonerado ou demitido sem justa causa, ou o aposentado, e seu grupo familiar: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 30.000,00.

Acesso à Acomodação

Art. 85. Deixar de garantir ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, quando houver indisponibilidade de leito hospitalar na rede prestadora ou deixar de observar a garantia de direito a acompanhante: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 25.000,00.

Acesso a Procedimentos

Art. 86. Deixar de garantir o cumprimento das obrigações e dos direitos previstos nos incisos I e II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998:
 Sanção – advertência;
 multa de R\$ 25.000,00.

Seção III - Da Rede Prestadora

Substituição de Entidade Hospitalar

Art. 87. Deixar de observar a equivalência na substituição de entidade hospitalar integrante da rede prestadora ou substituir entidade hospitalar sem comunicar à ANS ou aos beneficiários: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
 Sanção – multa de R\$ 30.000,00.

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Redução de Rede Hospitalar

Art. 88. Redimensionar rede hospitalar, por redução, sem autorização da ANS ou comunicação aos beneficiários: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – multa de R\$ 50.000,00.

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Art. 88-A. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela regulamentação setorial para a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares que integrem a rede assistencial do plano de saúde. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção – advertência; (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Multa de R\$ 30.000,00. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado, o disposto no artigo 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada. (Incluído pela RN nº 396, de 25/01/2016)

TÍTULO III - DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 89. Incorrem na sanção prevista no art. 18 as operadoras que, na época da obrigatoriedade de requerer o registro provisório, deixaram de fazê-lo, aplicando-se o disposto no art. 12 para o cômputo dos respectivos termos inicial e final.

Art. 90. A Resolução Normativa – RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação, alterados o §1º do art. 11 e o §5º do art. 27 e acrescido o art. 25-A:

“Art. 11.

§1º Considera-se reparação imediata e espontânea, a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração.

§2º Excetua-se ao disposto no parágrafo anterior a negativa de cobertura assistencial ou a prática infrativa que implicar risco ou conseqüências danosas à saúde do consumidor, hipóteses em que se considera reparação imediata e espontânea, a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à requisição de informações ou deflagração de ação fiscalizatória de que trata o art. 10 desta Resolução.

§3º O arquivamento de que trata este artigo deverá ser precedido de comunicação aos interessados,

anexando-se cópia ao processo.” (NR)

“Art. 25-A. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 18, 33 e 89, o pagamento da multa fixada poderá ser recolhido antes da interposição do recurso administrativo, por oitenta por cento do seu valor.”

“Art. 27

§5º Quando a decisão for mantida ou reconsiderada parcialmente, o processo será encaminhado à Procuradoria da ANS para análise e manifestação quanto à regularidade processual.

.....” (NR)

Art. 91. Revogam-se a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 03, de 03 de novembro de 1998; a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 18, de 23 de março de 1999; a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 24, de 13 de junho de 2000; o art. 1º da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 55, de 13 de fevereiro de 2001; o art. 5º da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 64, de 10 de abril de 2001; o art. 17 da Resolução Normativa – RN nº 8, de 24 de maio de 2002; o art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002; a Resolução Normativa – RN nº 24, de 15 de janeiro de 2003; o art. 6º da Resolução Normativa – RN nº 40, de 6 de junho de 2003; a Resolução Normativa – RN nº 50, de 31 de outubro de 2003; o art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 62, de 22 de dezembro de 2003; o art. 39 da Resolução Normativa – RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004; o art. 18 da Resolução Normativa – RN nº 99, de 27 de maio de 2005; os arts. 22 e 23 da Resolução Normativa – RN nº 112, de 28 de setembro de 2005; o art. 10 da Resolução Normativa – RN nº 114, de 26 de outubro de 2005; e o art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 119, de 7 de dezembro de 2005.

Art. 92. Remetem-se ao disposto nesta Resolução as normas regulamentares da ANS que fazem referência à Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 24, de 2000, observada a compatibilidade dos tipos infracionais.

Art. 93. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011.

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO 1 - DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário Oficial da União em 20 de outubro de 2011, Seção 1, página 45)

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário Oficial da União em 20 de outubro de 2011, Seção 1, página 45)

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde,

podendo ser credenciada ou cooperada; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2. § 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário Oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

CAPÍTULO 2 - DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

SEÇÃO I - dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

SEÇÃO II - da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

(Título da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

SUBSEÇÃO I - da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

(Título Subseção I da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

SUBSEÇÃO II - da Inexistência de Prestador no Município

(Título Subseção II da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele

integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

SEÇÃO II - das Disposições Comuns

(Título da "Subseção III" alterado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

SUBSEÇÃO I - do transporte

(Subseção I da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º

não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 7-A. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

SUBSEÇÃO II - do reembolso

(Subseção II da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido

do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 11 Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12 O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no

inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao produto suspenso, tais como: (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

I - Segmentação assistencial; (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

II - Área Geográfica de Abrangência; e (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

III - Área de Atuação do Produto. (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

Art. 13 O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7-A, ambos da Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 2º

I -

II -

III – O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo único.” (NR)

“Art. 7-A.

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa es-

pecífica editada pela ANS.” (NR)

Art. 14 O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15 Ficam revogados os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

Art. 16. Esta RN entra em vigor no dia 19 de dezembro de 2011. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

MAURICIO CESCHIN

Diretor-Presidente

CORRELAÇÕES DA RN Nº 259:

Lei 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 85, de 2004

RN nº 197, de 2009

IN/DIPRO nº 23, de 2009

CONSU nº 8, de 04/11/1998

CONSU nº 13, de 1998

RN nº 162, de 2007

RN nº 211, de 2010

A **RN Nº 259** FOI ALTERADA PELA:

RN Nº 268, de 02/09/2011

A **RN Nº 259**, REVOGOU:

os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN/DIPRO nº 23, de 2009

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 363

DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

(EM VIGOR A PARTIR DE 22/12/2014)

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e os arts. 17-A e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

- I** - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e
- II** - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II - DOS CONTRATOS ESCRITOS

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

- I** - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
- II** - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para fatura-

mento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

- I** - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;
 - II** - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;
 - III** - exigir exclusividade na relação contratual;
 - IV** - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;
 - V** - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;
 - VI** - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;
 - VII** - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e
 - VIII** - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.
- Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.

Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.

Seção I - Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados. Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.

Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.

Seção II - Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados

Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.

Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.

§ 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.

§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;

Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.

Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:

I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e

III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.

Seção III - Da Identificação dos Atos, Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora

Art. 15. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto a:

I - rotina operacional para autorização;

II - responsabilidade das partes na rotina operacional; e

III - prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.

Seção IV - Da Vigência do Contrato e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão

Art. 16. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos, inclusive quanto à:

I - prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;

II - obrigação de identificação formal pelo Prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continui-

dade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no §2º do art. 17 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998;

III - obrigação de comunicação formal pelo Prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso II deste artigo.

Seção V - Das Penalidades pelo não Cumprimento das Obrigações Estabelecidas

Art. 17. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas para ambas as partes devem ser expressas.

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 18 Excepcionalmente no primeiro ano de vigência desta Resolução, os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros noventa dias, contados a partir de 1º de janeiro, o valor do reajuste será proporcionalmente estabelecido considerando este período.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. A operadora deve garantir o atendimento dos pacientes identificados na forma do inciso II, do art. 16, em Prestadores que possuam os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência, respeitados os prazos estabelecidos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

Art. 20. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 21. As cláusulas de contratos escritos celebrados anteriormente à vigência desta Resolução que estiverem em desacordo com suas disposições devem ser ajustadas em até doze meses, contados do início da vigência desta Resolução.

Art. 22. As operadoras que mantenham contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 24. Revogam-se as RN nº 42, 4 de julho de 2003, RN nº 54, 28 de novembro de 2003, RN nº 60, 19 de dezembro de 2003, RN nº 71, 17 de março de 2004, RN nº 79, 31 de agosto de 2004, RN nº 91, 4 de março de 2005, RN nº 108, 9 de agosto de 2005, RN nº 241, 3 de dezembro de 2010, RN nº 286, 10 de fevereiro de 2012, RN nº 346, de 2 de abril de 2014; e a Instrução Normativa - IN nº 49, 17 de maio de 2012.

§1º Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência desta Resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.
§ 2º As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no caput permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.

Art. 25. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

CORRELAÇÕES DA RN Nº 363:

Lei nº 5.764, de 1971

Lei nº 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 259, de 2011

Lei nº 13.003, de 2014

A RN Nº 363, REVOGOU:

RN nº 42, de 2003

RN nº 54, de 2003,

RN nº 60, de 2003,

RN nº 71, de 2004,

RN nº 79, de 2004,

RN nº 91, de 2005,

RN nº 108, de 2005,

RN nº 241, de 2010,

RN nº 286, de 2012,

RN nº 346, de 2014; e

IN/DIDES nº 49, de 2012

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 364, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 (EM VIGOR A PARTIR DE 22/12/2014)

Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

- I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e
- II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II - DO ÍNDICE DE REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS

Art. 3º O índice de reajuste será definido pela ANS conforme disposto no § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e será limitado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e

II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º.

- § 1º O índice de reajuste definido pela ANS, quando preenchidos os critérios dispostos neste artigo, deve ser aplicado na data de aniversário do contrato escrito.
- § 2º O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 5º O índice de reajuste definido pela ANS, nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor dos serviços contratados, com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos que sejam faturados separados dos serviços.

Parágrafo único. Para as entidades hospitalares a aplicação do índice será conforme estabelecido no contrato.

Art. 6º Na inexistência de contrato escrito entre as partes, não se aplicará o índice de reajuste definido pela ANS.

Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 8º Excepcionalmente, no primeiro ano de vigência desta Resolução, o índice da ANS será aplicável nos casos de contratos escritos sem cláusula de forma de reajuste e nos casos de contratos não escritos, observados os seguintes critérios:

I - existência de relação contratual pelo período mínimo de 12 meses; e

II - aplicação do índice na data de aniversário do contrato, para os contratos escritos, ou na data de aniversário do início da prestação de serviço, para os contratos não escritos.

Art. 9º Fica definido o prazo, contado a partir da vigência desta Resolução, de 2 (dois) anos, para os profissionais de saúde, e 1 (um) ano, para os demais estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade.

Parágrafo único. Até a vigência da aplicação do Fator de Qualidade, conforme os prazos estabelecidos no caput, a aplicação do índice definido pela ANS, quando couber, será integral respeitando o disposto no §2º do art. 4º desta Resolução.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades coo-

perativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 11. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

CORRELAÇÕES DA RN Nº 364:

Lei nº 5.764, de 1971

Lei nº 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

Lei nº 13.003, de 2014

RN nº 363, de 2014

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 (EM VIGOR A PARTIR DE 22/12/2014)

Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

- I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e
- II - Região de Saúde: o espaço geográfico definido na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, combinada com a Instrução Normativa - IN DIPRO nº 37, de 25 de novembro de 2011.

CAPÍTULO II - DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES

Seção I - Da Substituição

Art. 3º É facultada a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede de atendimento desde que comprovado, através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

§ 2º O disposto no caput se aplica às pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua condição como contratados, referenciados ou credenciados.

§ 3º A substituição deve observar a legislação da saúde suplementar, em especial, no que se refere ao cumprimento dos prazos de atendimento e à garantia das coberturas previstas nos contratos dos beneficiários.

§ 4º A operadora é responsável por toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários, independentemente da forma de contratação ser direta ou indireta.

Art. 4º Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deverá observar as seguintes orientações:

- I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada.
- II - garantia da qualidade da assistência à saúde, considerando-se os seguintes atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente;
- III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial; e
- IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

Art. 5º A substituição de que trata o artigo 3º não exige a operadora de atender aos demais critérios de manutenção e cadastramento de prestadores de serviços de atenção à saúde na rede assistencial da operadora, conforme disposto na RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e Instruções Normativas específicas da DIPRO.

Seção II - Dos Critérios de Equivalência

Subseção - I Estabelecimentos de Saúde Não Hospitalares

Art. 6º A operadora deve observar os seguintes critérios

de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no art. 7º, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - Mesmo Tipo de Estabelecimento, conforme registro do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - Mesmos Serviços Especializados, conforme registro do prestador no CNES;

III - localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados, utilizando como referência a descrição de Tipo de Estabelecimento e de Serviços Especializados adotada pelo CNES para verificação da equivalência dos prestadores.

Subseção II - Profissionais de Saúde que Atuam em Consultório Isolado

Art. 7º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um profissional de saúde que atue em consultório isolado, conforme cadastro no CNES, pessoa física ou jurídica, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - habilitação legal para exercer a mesma profissão;

II - localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados para verificação da equivalência dos prestadores.

Seção III - Das Exceções

Art. 8º É permitida a exclusão de prestador não hospi-

talar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações:

I - rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;

II - ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes;

III - quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário.

Art. 9º As exceções previstas no artigo 8º não se aplicam às operadoras que:

I - tenham tido a comercialização de produtos suspensa em área de atuação que inclua o município onde o prestador a ser excluído está localizado, nos últimos dois ciclos de monitoramento da garantia de atendimento; ou

II - estejam em regime especial de direção técnica.

CAPÍTULO III - DA COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES.

§ 1º A informação de que trata o caput deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias.

§ 2º Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do Prestador, sem cumprimento do prazo para notificação ou não renovação contratual estabelecido entre as partes, ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a Operadora deverá:

I - comunicar aos beneficiários a exclusão do Prestador na data em que tomou conhecimento do fato; e

II - providenciar sua substituição e comunicá-la aos be-

beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento.

Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.

§ 1º A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso às substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com contratante do plano, pessoa física ou jurídica, e no mínimo a cada ano, ou sempre em que houver alteração dos respectivos endereço eletrônico e telefone.

§ 2º Caso a comunicação se dê por meio da disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, somente se por meio físico, conforme disposto na RN 360, de 3 de dezembro de 2014, não se aplica o disposto no parágrafo primeiro deste artigo.

§ 3º Caso ocorra alteração das informações constantes do padrão disposto no § 2º deve-se alterar o envio.

Art. 12. A comunicação de que trata esta seção não exige a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 13. Fica concedido o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de publicação de desta Resolução, para que as Operadoras promovam as atualizações em seus sistemas de informação necessárias ao adequado cumprimento das regras de comunicação aos beneficiários no Portal Corporativo das Operadoras.

§ 1º A primeira disponibilização das informações sobre substituição de Prestadores no Portal Corporativo, em conformidade com as regras de comunicação previstas na regulamentação, deve conter o histórico das alterações havidas desde a data da publicação desta Resolução.

§ 2º Durante o período de atualização dos sistemas previsto no caput, as Operadoras estão desobrigadas de observar as regras de comunicação das substituições, podendo utilizar qualquer forma de dispo-

nibilização dessa informação no Portal Corporativo.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

- I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;
- II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;
- III - administradoras de benefícios.

Art. 15. A substituição do Prestador não se aplica quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo.

Art. 16. Nas substituições da rede não hospitalar não incidirá Taxa por Alteração de Produtos - TAP.

Parágrafo único. A operadora permanece obrigada a cumprir a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, relativa à atuação das redes assistenciais das operadoras.

Art. 17. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 18. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

CORRELAÇÕES DA RN Nº 365:

Lei nº 5.764, de 1971

Lei nº 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 85, de 2004

RN nº 259, de 2011

RN nº 285, de 2011

IN/DIPRO nº 37, de 2011

Lei nº 13.003, de 2014

A RN Nº 365 FOI DETALHADA PELA:

IN/DIDES nº 56, de 2014

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 405, DE 9 DE MAIO DE 2016

Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelos artigos 3º; 4º, incisos IV, V, XV, XXIV, XXVI, XXVII, XXXI, XXXII e XLI, alínea “b”; e 10, incisos I e II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; pelo artigo 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e considerando o disposto no artigo 86, inciso II, alínea “a”, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 4 de maio de 2016, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006, a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial; e dá outras providências.

Art. 2º O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS possui natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, com a participação dos prestadores de serviços ocorrendo de forma voluntária.

Art. 3º O QUALISS consiste:

- I** - no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar, bem como na forma pelos quais eles são obtidos;
- II** - na avaliação da qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar; e
- III** - na divulgação dos atributos de qualificação.

Art. 4º O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ é uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.

CAPÍTULO II - DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes atributos de qualificação, elencados conforme o tipo de prestador de serviço:

I – Prestadores de serviços hospitalares:

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- b) Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- c) Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- d) Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Notivisa/ANVISA; e
- e) Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

II - Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais:

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- b) Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- c) Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- d) Participação no Notivisa/ANVISA; e
- e) Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação

acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

III - Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados:

- a) Participação no Notivisa/ANVISA;
- b) Pós-graduação com no mínimo 360 h (trezentos e sessenta horas) reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, exceto para profissionais médicos;
- c) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;
- d) Residência em saúde reconhecida pelo MEC;
- e) Doutorado ou Pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC;
- f) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- g) Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- h) Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; e
- i) Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

IV – Prestadores de serviços de Hospital-Dia Isolado:

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- b) Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- c) Certificados ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- d) Participação no Notivisa/ANVISA; e
- e) Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

Art. 6º Os atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar são instrumentos reconhecidos pela ANS como associados à melhoria da qualidade na atenção à saúde.

§ 1º O Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS é um dos atributos de qualificação, sendo definido como um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que têm validade, comparabilidade e capacidade de

discriminação dos resultados.

§ 2º O Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO e o Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS poderão ser utilizados na composição do Fator de Qualidade dos prestadores de serviços, bem como em programas que visam estimular a qualidade setorial.

§ 3º O Fator de Qualidade dos prestadores de serviços é aquele a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS, em situações específicas, na forma prevista na regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014.

CAPÍTULO III - DAS ENTIDADES PARTICIPANTES NA AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO

Seção I - Das Entidades Participantes

Art. 7º O QUALISS conta com a participação de 3 (três) tipos de Entidades responsáveis pelo monitoramento, avaliação e envio de dados para a ANS, obedecendo a critérios específicos de atuação e definidas para os fins desta norma como Entidades Participantes, quais sejam:

I - Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde: são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO ou pela The International Society For Quality in Health Care - IS-Qua para executar programas de acreditação de prestadores de serviços de saúde;

II - Entidades Colaboradoras: são pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS para aplicação do PM-QUALISS, tendo atuação independente da ANS; e

III - Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade: são pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS com metodologias próprias de certificação ou avaliação sistemática dos indicadores de qualidade em saúde.

Parágrafo único. A ANS divulgará em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br) a lista de Entidades reconhecidas para atuar como Entidades Participantes na avaliação de atributos de qualificação.

Art. 8º As Entidades Participantes do QUALISS deverão enviar à ANS, periodicamente e quando solicitado, a relação dos prestadores de serviços de saúde que possuem os atri-

butos de qualificação, na forma comunicada pela ANS, conforme formulários descritos nos anexos desta resolução.

Parágrafo único. As Entidades Participantes do QUALISS deverão informar à ANS em até 30 (trinta) dias da ocorrência, a perda de atributo de qualificação de prestador de serviço.

Seção II - Das Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde

Art. 9º As Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pelo INMETRO ou pela ISQua para executar programas de acreditação de prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Também poderão ser reconhecidas pela ANS como Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde, atendidas as disposições previstas nesta Resolução, as pessoas jurídicas que têm metodologia própria de acreditação de serviços de saúde e que ingressarem no processo de reconhecimento dessa metodologia, junto ao INMETRO ou ISQua, em até 180 (cento e oitenta) dias da data do início da vigência desta norma, sendo obrigatória a obtenção definitiva deste reconhecimento até 30 de junho de 2018.

§ 2º Juntamente com o formulário previsto no Anexo IV, as pessoas jurídicas previstas no § 1º deverão encaminhar à ANS comprovação da inscrição no processo de reconhecimento junto ao INMETRO ou ISQua, bem como os documentos que a embasaram.

§3º A ANS poderá solicitar mais documentos, tais como, comprovante de agendamento de auditorias e avaliações.

§ 4º A ANS poderá verificar o cumprimento das demais etapas necessárias à obtenção do reconhecimento junto ao INMETRO ou ISQua.

§ 5º A ANS, no processo de reconhecimento da pessoa jurídica prevista no § 1º deste artigo, poderá ouvir o COTAQ.

§ 6º Caso a Entidade não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, os Certificados de Acreditação emitidos para o prestador terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento do INMETRO ou ISQua, observada sua data de validade.

§ 7º As Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde deverão comunicar à ANS, em até cinco dias úteis do reconhecimento junto ao INMETRO ou IS-

Qua, bem como a sua perda.

Art. 10. Para fins dessa Resolução, Certificado de Acreditação é um documento emitido por Entidade Acreditora de Serviços de Saúde, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que um prestador de serviços de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento da gestão e a melhoria na qualidade da atenção à saúde.

§ 1º Para fins dessa Resolução, serão considerados como atributos de qualificação na modalidade de Certificados de Acreditação, aqueles obtidos em metodologia:

I - por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo; e

II - sem níveis.

§ 2º Quando o Certificado de Acreditação tiver nível inferior ao nível máximo, esse será considerado certificado equivalente aos emitidos por Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade.

Art. 11. As Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde que quiserem atuar como Entidade Participante do QUALISS deverão solicitar reconhecimento da ANS, através dos formulários previstos nos Anexos dessa Resolução.

Parágrafo único: Ao solicitar reconhecimento da ANS, a Entidade Acreditora de Serviços de Saúde concede autorização para que a ANS divulgue o seu nome como Entidade Acreditora de Serviços de Saúde em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br) ou por qualquer outro meio, bem como os resultados de suas avaliações.

Art. 12. A ANS poderá utilizar o material encaminhado pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde para fins de publicização, estímulo à qualidade, Fator da Qualidade e outros projetos que julgar importantes.

Seção III - Das Entidades Colaboradoras

Art. 13. As Entidades Colaboradoras são pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS, para aplicação do PM-QUALISS, tendo atuação independente da ANS.

Art. 14. O Certificado de Qualidade Monitorada é um documento emitido por Entidade Colaboradora, com validade de 1 (um) ano, reconhecendo formalmente que um prestador de serviços de saúde atende aos requisitos do PM-QUALISS.

Art. 15. A Pessoa Jurídica que pretenda atuar como Entidade Colaboradora deverá apresentar requerimento à ANS, preenchendo no mínimo, os seguintes requisitos:

I - ser pessoa jurídica com as seguintes características:

- a) Instituto de Pesquisa com experiência na área de avaliação da qualidade em saúde, vinculado a Instituição de Ensino Superior ou Entidade Científica que atue há pelo menos 2 (dois) anos quando do pedido do seu reconhecimento pela ANS; ou
- b) ser reconhecida como Entidade Acreditora de Serviços de Saúde, desde que já tenha obtido reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitido pelo INMETRO ou pela ISQua ou
- c) Conselho de profissionais da área da saúde;

II - ter representação no Brasil;

III - possuir manual, ou documento equivalente, ofertado de forma gratuita, que contenha metodologia detalhada do procedimento a ser utilizado para a aplicação da avaliação sistemática dos indicadores, que deverá atender aos requisitos definidos pela ANS;

IV - ofertar gratuitamente formulário impresso ou eletrônico para envio dos dados dos indicadores do PM-QUALISS;

V - emitir gratuitamente o Certificado de Qualidade Monitorada; e

VI - cumprir as demais exigências previstas nesta Resolução.

§ 1º É vedada a cobrança de quaisquer serviços que sejam requisitos para a oferta dos itens previstos nos incisos III a V deste artigo.

§ 2º O requerimento previsto no caput deve ser instruído com documentos que comprovem a capacidade técnica e/ou operacional para a sua atuação, devendo a Entidade Colaboradora observar o modelo constante no Anexo II dessa Resolução, por meio do qual ela declara concordância e compromisso, em especial, com as seguintes disposições:

I - cumprir esta Resolução e a sua regulamentação;

II - cumprir as obrigações para com a ANS e prestadores de serviços de saúde a serem avaliados;

III - aplicar manual com base nos indicadores previamente estabelecidos pela ANS, bem como comunicá-la, previamente, sobre qualquer alteração em seu manual;

IV - conceder autorização para que a ANS divulgue o seu nome como Entidade Colaboradora em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br) ou

por qualquer outro meio, bem como seus resultados, sendo que o prestador, para ser avaliado, deverá autorizar também a referida divulgação;

V - evidenciar a ausência de conflitos de interesse entre as partes envolvidas no processo, ou de parcialidade na avaliação, responsabilizando-se pela credibilidade e confiabilidade do Programa;

VI - divulgar os atributos de qualidade de acordo com o preconizado pela ANS;

VII - enviar relatório periódico com dados dos prestadores participantes e seus resultados no PM-QUALISS;

VIII - manter em sigilo quaisquer dados, informações ou documentos de que venha a ter conhecimento ou aos quais tenha acesso decorrente da sua atividade como Entidade Colaboradora; e

IX - prestar, em tempo hábil, todas e quaisquer informações julgadas necessárias pela ANS, relativas ao objeto do PM-QUALISS.

Art. 16. As pessoas jurídicas que quiserem atuar como Entidade Colaboradora deverão solicitar reconhecimento da ANS, através do formulário previsto no Anexo II dessa Resolução.

Art. 17. A ANS poderá utilizar o material encaminhado pelas Entidades Colaboradoras para fins de publicização, estímulo a qualidade, Fator da Qualidade e outros projetos que julgar importantes.

Seção IV - Das Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade

Art. 18. As Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade são pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS, que possuem metodologias próprias de certificação ou avaliação sistemática dos indicadores de qualidade em saúde.

Art. 19. Para fins dessa Resolução, o Certificado de Qualidade é o documento emitido por Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade, com prazo de validade de 01 (um) ano, que atesta a conformidade ou excelência do prestador de serviços de saúde em áreas específicas de sua atuação.

Art. 20. A pessoa jurídica que pretenda atuar como Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade deverá apresentar requerimento à ANS, preenchendo, no mínimo, os seguintes requisitos:

I - ser pessoa jurídica com as seguintes características:

a) possuir experiência na área de avaliação da qualidade em saúde, e que atue há pelo menos 2 (dois) anos quando do pedido do seu reconhecimento pela ANS; ou

b) ser reconhecida como Entidade Acreditora de Serviços de Saúde na forma desta Resolução, desde que já tenha obtido reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitido pelo INMETRO ou pela ISQua.

II - ter representação no Brasil;

III - possuir manual, ou documento equivalente, que contenha a metodologia detalhada do procedimento a ser utilizado para a emissão do Certificado de Qualidade; e

IV - cumprir as demais exigências previstas nesta Resolução.

§ 2º O requerimento previsto no caput será instruído com documentos que comprovem a capacidade técnica e/ou operacional para a sua atuação, devendo a Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade observar o modelo constante no Anexo III dessa Resolução, por meio do qual ela declara concordância e compromisso, em especial, com as seguintes disposições:

I - cumprir esta Resolução e a sua regulamentação;

II - cumprir as obrigações para com a ANS e prestadores de serviços de saúde a serem avaliados;

III - aplicar manual específico e, em caso de alteração, comunicar previamente à ANS;

IV - conceder autorização para que a ANS divulgue o seu nome como Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br) ou por qualquer outro meio, bem como seus resultados, sendo que o prestador, para ser avaliado, deverá autorizar também a referida divulgação;

V - evidenciar a ausência de conflitos de interesse entre as partes envolvidas no processo, ou de parcialidade na avaliação, responsabilizando-se pela credibilidade e confiabilidade do Programa específico aplicado;

VI - divulgar os atributos de qualidade de acordo com o preconizado pela ANS;

VII - enviar relatório periódico com dados dos prestadores participantes e seus resultados no programa específico aplicado;

VIII - manter em sigilo quaisquer dados, informações ou documentos de que venha a ter conhecimento ou aos quais tenha acesso; e

IX - prestar, em tempo hábil, todas e quaisquer in-

formações julgadas necessárias, pela ANS, relativas ao objeto do Programa específico aplicado.

Art. 21. As pessoas jurídicas que quiserem atuar como Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade deverão solicitar reconhecimento da ANS, através do formulário previsto no Anexo III dessa resolução.

Art. 22. A ANS poderá utilizar o material encaminhado pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade para fins de publicização, estímulo a qualidade, e outros projetos que julgar importantes.

CAPÍTULO IV - DO RECONHECIMENTO DAS PESSOAS JURÍDICAS PARA ATUAREM COMO ENTIDADES COLABORADORAS E ENTIDADES GESTORAS DE OUTROS PROGRAMAS DE QUALIDADE

Art. 23. A DIDES reconhecerá a pessoa jurídica que pretenda atuar como Entidade Colaboradora e/ou Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade caso preencha os requisitos previstos nesta Resolução.

Parágrafo único. O ato de reconhecimento será publicado no sítio institucional da ANS (www.ans.gov.br) e será válida pelo seguinte período:

I - por 3 (três) anos para as que sejam reconhecidas como Entidades Colaboradoras e/ou Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; ou

II - no prazo de validade do documento emitido pelo INMETRO ou ISQua para Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde no que concerne ao reconhecimento de sua atuação como Entidade Colaboradora ou Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade na forma prevista nesta Resolução; ou;

Art. 24. As entidades que desejarem deverão apresentar requerimento de renovação do reconhecimento como Entidade Colaboradora ou Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade com, no mínimo, 3 (três) meses para a data prevista do vencimento, apresentando documentação que comprove a manutenção dos requisitos exigidos.

Parágrafo único. Na hipótese prevista no inciso II do parágrafo único do art. 23, o deferimento do reconhecimento ficará condicionado à apresentação do documento emitido pelo INMETRO ou ISQua.

CAPÍTULO V - DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS

PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR – PM-QUALISS

Seção I - Dos Objetivos do Programa

Art. 25. O PM-QUALISS é um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que têm validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

§ 1º O objetivo dos indicadores a serem selecionados é estimular a qualidade e a disseminação de informações sobre o desempenho do setor, tendo como público alvo:

I – a sociedade em geral;

II – os beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha;

III – os prestadores de serviços, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e

IV – as operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

Art. 26. Os prestadores de serviços elegíveis ao PM-QUALISS são aqueles integrantes da rede assistencial das operadoras.

Parágrafo único. Os dados cadastrais e estruturais dos prestadores de serviços serão obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS.

Seção II - Dos Domínios a serem Avaliados

Art. 27. Os indicadores a serem avaliados são agregados nos seguintes domínios, que constituem os eixos do PM-QUALISS:

I - Estrutura: composta pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde;

II - Segurança: observando o definido no Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, é o conjunto de ações ou processos que objetivam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

III – Efetividade: determinada pelo grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados; e

IV - Centralidade no Paciente: consiste na percepção de satisfação associada ao relato de experiên-

cia, escuta atenta, comunicação e envolvimento do paciente nas decisões.

Seção III - Da Avaliação dos Indicadores

Art. 28. O PM-QUALISS avaliará de forma sistemática os indicadores individualizados por prestador e coletivamente para obtenção de medidas de tendência e de outros parâmetros estatísticos.

Art. 29. A avaliação da qualidade dos prestadores de serviços será feita com base em indicadores propostos pela ANS, ouvido o COTAQ, devendo ser formalizados em fichas técnicas específicas, que conterão, no mínimo, os seguintes elementos:

I - nome do indicador;

II - sigla do indicador;

III - conceituação;

IV - domínio do indicador;

V - relevância do indicador;

VI - método de cálculo com fórmula e unidade;

VII - definição de termos utilizados no indicador:

a) numerador; e

b) denominador;

VIII - interpretação do indicador;

IX - periodicidade de compilação e apuração dos dados;

X - público-alvo;

XI - usos;

XII - parâmetros, dados estatísticos e recomendações;

XIII - fontes dos dados;

XIV - ações esperadas para causar impacto no indicador;

XV - limitações e vieses; e

XVI - referências.

Art. 30. Os indicadores, a serem utilizados no PM - QUALISS, com as respectivas fichas técnicas serão disponibilizados no sítio institucional da ANS na Internet (www.ans.gov.br) na área referente a Prestadores.

Art. 31. O resultado obtido em cada um dos indicadores, por cada prestador, ou pelo conjunto e categoria de prestadores, poderá ser objeto de auditoria ou outro método de verificação, inclusive in loco, pela ANS ou por ente por ela designada, com base em parâmetros elaborados pela ANS, ouvido o COTAQ.

Parágrafo único. Os prestadores de serviços poderão ter suspensa sua participação no PM - QUALISS,

ou serem excluídos do mesmo, por descumprimento dos deveres estabelecidos pelo normativo ou pela ANS, de acordo com avaliação da ANS, sendo desconsiderado o resultado de sua avaliação no respectivo período.

CAPÍTULO VI - DO ENVIO DAS INFORMAÇÕES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO

Art. 32. Os prestadores de serviços deverão manter o CNES/MS atualizado, com a inclusão dos atributos de qualificação, inclusive as informações referentes a certificados de acreditação obtidos.

Art. 33. As Entidades Participantes definidas nos incisos I a III do artigo 7º deverão informar os atributos de qualificação na forma e prazo a serem comunicados pela ANS.

Parágrafo único. Para a ANS determinar os prazos que serão disciplinados para envio das informações pelos prestadores de serviço participantes do PM-QUALISS poderá ser ouvido o COTAQ.

CAPÍTULO VII - DOS MECANISMOS DE DIVULGAÇÃO DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 34. São mecanismos de divulgação dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar:

- I** - a divulgação pela ANS à sociedade em geral e ao mercado de saúde suplementar, dos atributos de qualificação de prestadores de serviços, sua fundamentação básica e sua importância para as escolhas dos beneficiários;
- II** - a divulgação pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde;
- III** - a divulgação pelas Entidades Colaboradoras;
- IV** - a divulgação pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- V** - a inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em seu material de divulgação de rede assistencial, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual, sempre destacando as razões, definidas pela ANS, de sua importância para a qualidade do atendimento;
- VI** - a inclusão no CNES/MS, por parte dos presta-

dores de serviços, dos atributos de qualificação, inclusive as informações referentes a certificados de acreditação emitidos pelas instituições definidas no inciso I do artigo 7º; e

Art. 35. A ANS poderá promover a divulgação pública dos resultados do PM- QUALISS, inclusive por meio do seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), contribuindo para o aumento do poder de escolha dos beneficiários de planos de saúde.

Parágrafo único. Os resultados dos indicadores do PM-QUALISS poderão ser divulgados respeitando-se as especificidades locorregionais entre os prestadores de serviço.

CAPÍTULO VIII - DA DIVULGAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS PELAS OPERADORAS

Seção I - Das Disposições Gerais

Art.36. As operadoras deverão divulgar, na forma desta Resolução, os atributos de qualificação informados pelos prestadores de serviços que façam parte da sua rede assistencial.

Art. 37. Os dados referentes à qualificação dos prestadores de serviços deverão ser divulgados agrupados por município e no mínimo, nos seguintes grupos:

- I** - Prestadores de serviços hospitalares, especificando separadamente urgências e emergências;
- II** - Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais;
- III** - Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados;
- IV** -Hospital-Dia Isolado.

§ 1º Somente serão considerados como prestadores de serviços hospitalares, as entidades que forem contratadas para prestar serviço de internação, já excetuados prestadores que atuem exclusivamente na modalidade de Hospital-Dia Isolado.

§ 2º Os grupos definidos nos incisos I a IV do artigo 37 devem ser divididos em subgrupos, de acordo com a(s) especialidade(s) ou serviço(s) coberto(s) pela operadora.

§ 3º Cada prestador de serviços deverá ter seus dados divulgados em todos os subgrupos em que for contratado, de acordo com o contrato firmado junto

à operadora, nos moldes das regulamentações específicas da ANS que estabelecem os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os diversos prestadores de serviços.

Art. 38. Os atributos de qualificação dos prestadores de serviços deverão ser divulgados de acordo com a padronização descrita nos Anexos V, VI e VII desta Resolução e mediante solicitação dos referidos prestadores.

Parágrafo único. Cada prestador poderá receber no máximo 1(um) ícone por tipo de atributo de qualificação, independentemente do número de qualificações que possua para o mesmo tipo de atributo.

Seção II - Da Atualização dos Materiais de Divulgação Das Operadoras

Subseção I - Da Atualização dos Materiais Impressos de Divulgação das Operadoras

Art. 39. As atualizações dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços contidas nos materiais impressos das operadoras deverão ser realizadas no máximo a cada 12 (doze) meses.

Parágrafo único. Considera-se material impresso de divulgação da rede assistencial das operadoras todo aquele voltado à divulgação da rede para os beneficiários, como o guia de prestadores de serviços em saúde e/ou similares, e o material de publicidade em que esteja identificado o prestador, seja por meio de folder, cartaz, outdoors ou similares;

Art. 40. As operadoras deverão incluir na atualização do material impresso as informações encaminhadas pelos prestadores de serviços com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de cada nova publicação do material impresso.

§ 1º Deverão constar da publicação a que alude o caput deste artigo as informações referentes à validade e à data da publicação, sendo que estas devem ser redigidas de forma clara e bem visível na capa principal do guia de prestadores e/ou similares.

§ 2º O material impresso, tomando como base o modelo de guia de prestadores de serviços, deverá conter a observação bem legível para os beneficiários, com as informações mais atualizadas sobre a rede prestadora de sua operadora, as quais poderão ser acessadas por meio do sítio desta na Internet.

§ 3º O guia impresso de prestadores de serviços e/

ou produto similar deve ser organizado de acordo com o nome comercial e o registro/cadastro junto à ANS, constando os planos de saúde que garantem seu atendimento.

§ 4º Deve ser garantido ao beneficiário o direito de receber o guia impresso de prestadores de serviços e/ou produto similar, sempre que solicitado.

Subseção II - Da Atualização por Meio Eletrônico de Divulgação das Operadoras

Art. 41. A atualização por parte das operadoras dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços contidas nos meios eletrônicos deverá ser feita em até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento das informações do prestador, sem prejuízo do disposto na Resolução Normativa - RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet.

Parágrafo único. Considera-se meio eletrônico de divulgação da rede assistencial das operadoras todo aquele que a operadora venha a disponibilizar ao público na Internet, tais como sítios, portais, mídias, mensagens de correio eletrônico, redes sociais e similares.

Art. 42. A consulta da divulgação da qualificação dos prestadores de serviços a partir do sítio da operadora na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todas as informações relativas ao tema e definidas nesta Resolução.

Subseção III - Das Disposições Comuns à Qualquer Tipo de Material de Divulgação das Operadoras

Art. 43. É de responsabilidade das operadoras conferir a procedência, a exatidão e a veracidade das informações fornecidas por seus prestadores de serviços antes da inclusão ou exclusão em seus materiais de divulgação da qualificação da rede assistencial.

Art.44. As operadoras poderão sofrer ações fiscalizatórias por parte da ANS sobre os dados referentes à qualificação dos prestadores de serviços incluídos em seus materiais de divulgação da rede assistencial e da forma de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços.

Art. 45. As operadoras que deixarem de incluir os atributos de qualificação dos prestadores de serviços em seus

materiais de divulgação da rede assistencial no prazo estabelecido, observada a solicitação dos prestadores, incorrerão em infração tipificada pelo Art. 44-B da RN n.º 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

CAPÍTULO IX - DO COMITÊ TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SETORIAL- COTAQ

Art. 46. O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ é uma instância consultiva coordenada pela DIDES com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar, devendo observar as seguintes diretrizes:

- I** – a participação democrática dos diversos agentes do setor de saúde suplementar;
- II** – a busca por consenso; e
- III** – a tecnicidade de suas manifestações.

Parágrafo único. O COTAQ pode constituir Comitês Temáticos - CT, de caráter provisório, com a finalidade de realizar estudos e propor critérios e metodologias para aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar, cujos membros serão escolhidos de acordo com a necessidade técnica exigida para o tema em questão.

Art. 47. Além de seu coordenador, o COTAQ será composto por membros internos e externos à ANS, nomeados pelo Diretor-Adjunto da DIDES.

Art. 48. São atribuições dos membros:

- I** – analisar as modificações propostas ao QUALISS;
- II** – propor a indicação de entidades, cientistas, técnicos e personalidades para participarem como membros dos Comitês Temáticos, colaborando em estudos ou participando como consultores ad hoc na apreciação de matérias que lhe forem submetidas; e
- III** – analisar e relatar, nos prazos estabelecidos pelo COTAQ, as matérias que lhe forem atribuídas para estudo.

Art. 49. São atribuições do Coordenador do COTAQ:

- I** – presidir as atividades do COTAQ e dos Comitês Temáticos; e
- II** – encaminhar à Diretoria Adjunta da DIDES as análises e as sugestões do COTAQ, com as respectivas justificativas.

Art. 50. As funções de membros, de coordenador ou qualquer outro que venha a colaborar com o COTAQ ou com os Comitês Temáticos não serão remuneradas e as despesas necessárias para o comparecimento às reuniões não implicarão em ônus financeiro para a ANS.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 51. A DIDES poderá expedir Instrução Normativa com a finalidade de detalhar o disposto nesta Resolução, considerando as peculiaridades dos tipos de prestadores de serviços.

Art.52. A ANS poderá determinar às Entidades Participantes o envio de documentação que ateste o cumprimento desta Resolução e sua regulamentação.

Art.53. Os certificados de acreditação emitidos por instituições listadas na Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 e que não tenham ingressado com pedido de reconhecimento junto ao INMETRO ou ISQua, conforme previsto pelo parágrafo 1º do artigo 9º serão válidos até sua data de expiração, excetuado o disposto no parágrafo único.

Parágrafo único. Os certificados de acreditação emitidos após o fim do prazo de 180 dias previsto pelo parágrafo 1º do artigo 9º não serão considerados atributos de qualificação, para fins dessa Resolução.

Art. 54. A entidade que pretender deixar de ser Entidade Participante deverá solicitar a ANS e declarar que nenhum processo de avaliação já iniciado com prestador de serviço em saúde está pendente de finalização.

Art. 55. Todas as Entidades Participantes poderão ter seus atos de reconhecimento de participação suspensos ou cassados e/ ou ser impedidas de se tornar Entidade Participante pelo prazo de até 5 (cinco) anos, por descumprimento dos deveres estabelecidos em normativo ou pela ANS, de acordo com avaliação da ANS.

Art. 56. O prestador de serviço deverá verificar previamente a conformidade da instituição escolhida para que o atributo seja reconhecido nos termos desta Resolução.

Art. 57. A ANS, ao revisar os atributos de qualificação de prestadores de serviços na saúde suplementar,

poderá contar com a colaboração de entidades de natureza acadêmica, científica, técnica, profissional ou governamental, de acordo com as diretrizes emanadas pelo COTAQ.

Art. 58. O envio das informações sobre indicadores e atributos de qualificação não exime os prestadores de serviços da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS, nos limites de sua competência, vier a requisitar.

Art. 59. A DIDES poderá efetuar uma visita de verificação em qualquer uma das Entidades Participantes, com vistas a checar os procedimentos, testar a base de dados e comprovar a fidedignidade das informações disponibilizadas e enviadas para a ANS.

Parágrafo único. A ANS poderá exigir auditoria in loco, a ser efetuada por auditores ou peritos independentes, a seu critério, atestando a confiabilidade dos dados enviados para a ANS, avaliando a metodologia aplicada pela Entidade Participante.

Art. 60. A ANS, a qualquer momento, poderá requisitar às Entidades Participantes quaisquer informações ou documentos relativos ao QUALISS.

Art. 61. As comunicações entre as Entidades Participantes do QUALISS e a ANS serão efetuadas por e-mail devidamente cadastrado para este fim, conforme consta dos anexos I a IV dessa resolução.

Art. 62. Ficam revogadas a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção da criação do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de

22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Parágrafo único. As regras da IN/DIDES nº 52 de 2013 no que concerne à matéria tratada no capítulo VIII desta Resolução permanecerão em vigor até o dia 31 de dezembro de 2016.

Art. 63. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, a exceção do Capítulo VIII, que trata da divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras, que entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2017.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

CORRELAÇÕES DA RN Nº 405:

Lei nº 9.656, de 1998;

Lei nº 9.961, de 2000;

RN nº 124, de 2006;

RN nº 197, de 2009;

RN nº 267, de 2011;

RN nº 275, de 2011;

RN nº 321, de 2013;

IN/DIDES nº 52, de 2013

RN nº 350, de 2014;

Lei nº 13.003, de 2014

A RN Nº 405 REVOGOU:

RN nº 267, de 2011 - com exceção da criação do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006

RN nº 275, de 2011;

RN nº 321, de 2013;

IN/DIDES nº 52, de 2013

RN nº 350, de 2014;

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 436, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2018

Altera a RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências e a RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014; o art. 6, incisos XVI e XVII, do Anexo III da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 22 de novembro de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º O caput e o § 1º do art. 12 da RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. A remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo.

§ 1º A composição da remuneração e os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

.....” (NR)

Art. 2º O artigo 7º, o Capítulo III e seus artigos 8º e 9º, da RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade de acordo com critérios descritos no Anexo desta Resolução Normativa.” (NR).

CAPÍTULO III - DO FATOR DE QUALIDADE

Art. 8º O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde, nas situações em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS e de acordo com os seguintes percentuais:

I – 115% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o nível A do fator de qualidade;

II – 110% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;” (NR)

“Art. 9º A verificação do cumprimento dos critérios para aplicação do Fator de Qualidade previstos no Anexo desta RN deverá ser feita, a qualquer tempo no ano-base a ser considerado, diretamente pelas operadoras junto aos prestadores de serviço de assistência à saúde.” (NR)

Art. 3º O artigo 8º da RN nº 364, de 2014, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos:

“Art. 8º

III - 105% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível C do Fator de Qualidade; e

IV – 100% do IPCA para os demais prestadores que não atenderem ao disposto nos incisos I, II e III deste artigo.” (NR)

Art. 4º Ficam revogados:

I – na Resolução Normativa nº 364, de 11 de dezembro de 2014:

- a) os parágrafos 1º, 2º e 3º, do artigo 7º; e
 b) o parágrafo único do artigo 9º;
 II - a Instrução Normativa/DIDES nº 61, de 4 de dezembro de 2015; e
 III - a Instrução Normativa/DIDES nº 63, de 25 de outubro de 2016, a Instrução Normativa/DIDES nº 64, de 10 de novembro de 2016, e a Instrução Normativa/DIDES nº 66, de 14 de fevereiro de 2017.

Art. 5º A RN nº 364, de 2014, passa a vigorar acrescida do Anexo desta Resolução.

Art. 6º Esta Resolução Normativa será submetida à Avaliação de Resultados Regulatórios – ARR no prazo de dois anos, a contar de sua publicação.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Parágrafo único. A disposição constante do §1º, artigo 12, da RN nº 363, de 2014, alterada pelo art. 1º desta norma, somente se aplica aos contratos firmados ou renovados após a vigência prevista no caput.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor - Presidente Substituto

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

CORRELAÇÕES:

Lei nº 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

Lei nº 13.003, de 2014

RR nº 01, de 2017

A RN Nº 436 REVOGOU:

IN/DIDES nº 61, de 2015

IN/DIDES nº 63, de 2016

IN/DIDES nº 64, de 2016

IN/DIDES nº 66, de 2017

A RN Nº 436 ALTEROU:

RN nº 363, de 2014

RN nº 364, de 2014

PARECER - Cobertura: Lente Intraocular - Catarata - Nº 18/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente regulamentado pela RN nº 428/2017, constitui a referência básica para os fins da cobertura assistencial disposta na Lei nº 9.656/1998.

O referido normativo está em vigor desde 02/01/2018 e se aplica aos planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 02/01/1999 e aos planos antigos adaptados (planos adquiridos antes de 02/01/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35 da Lei nº 9.656/1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

O art. 5º da referida RN estabelece que os procedimentos e eventos listados poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde.

Nessa esteira, o profissional assistente tem a prerrogativa de determinar a conduta diagnóstica e terapêutica para os agravos à saúde sob sua responsabilidade, indicando em cada caso, a conduta e os procedimentos mais adequados da prática clínica, inclusive quanto às quantidades solicitadas.

De acordo com o art. 20, §2º, da RN nº 428/2017, considera-se prótese qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Por seu turno, o §3º, do art. 20, do mesmo normativo, traz a definição de órtese, que é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

A RN nº 428/2017, assegura a cobertura obrigatória somente às órteses, às próteses e aos materiais especiais (OPME) ligados ao ato cirúrgico, isto é, aqueles cuja colocação ou remoção requeiram a realização de ato cirúrgico.

Vale assinalar que, em conformidade com o art. 17, da RN nº 428/2017, os materiais necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde contemplados pelo Rol possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde.

Deste modo, OPME cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, independentemente de se tratar de materiais de alto custo ou não, têm cobertura obrigatória por aqueles planos de saúde, não se aplicando nestes casos o disposto no artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/1998, o qual permite a exclusão de cobertura a materiais não ligados ao ato cirúrgico.

Ressalte-se também que o artigo 7º, inciso I, da RN nº 424/2017, que dispõe sobre a realização de junta médica ou odontológica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de saúde, estipula que cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Já o inciso II do mesmo dispositivo institui que o profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

O procedimento FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO consta listado no Anexo I da RN nº 428/2017, e deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação ambulatorial e/ou hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência, conforme indicação do mé-

dico assistente, não cabendo qualquer ônus financeiro ao beneficiário, ressalvada existência de cláusula contratual entre beneficiário e operadora, na qual se aplique mecanismo de regulação, como por exemplo, franquia/coparticipação.

Cabe destacar que a FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO é o procedimento utilizado no tratamento da catarata, sendo o único tratamento existente para a catarata a remoção do cristalino. Nessa cirurgia, o núcleo e o córtex cristalino são extraídos, mantendo-se apenas a cápsula que envolve o cristalino, dentro do qual será implantada uma lente artificial.

A lente é chamada de lente intraocular - LIO e terá poder refracional semelhante ao do cristalino. Existem lentes de diversos valores de dioptrias (valor de refração). O valor da LIO é calculado no pré-operatório, tendo como objetivo aproximar o sistema óptico do indivíduo em um sistema equilibrado entre córnea e cristalino, ou seja, buscando neutralizar eventuais erros refracionais existentes previamente à cirurgia. Importante destacar que a lente intraocular é considerada prótese ligada ao ato cirúrgico de acordo com classificação estabelecida pela Associação Médica Brasileira - AMB.

Sendo assim, as lentes intraoculares (LIO), quando utilizadas no tratamento de catarata, possuem cobertura obrigatória pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados, desde que estejam regularizadas e registradas, e suas indicações constem da bula/manual junto à ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento,

referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde, bem como as segmentações contratadas.

Conforme consulta efetuada ao sítio eletrônico da ANVISA, existe uma gama de lentes registradas com variadas características (tóricas/fácicas/dobráveis/mono-bi-multifocal).

Cabe destacar que, os tratamentos estritos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente, portanto, não possuem cobertura obrigatória.

Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido conforme estabelece a RN nº 424/2017, com as despesas arcadas pela operadora, nos moldes do artigo 9º, da referida resolução.

Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei nº 9.656, de 1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

Gerência de Assistência à Saúde – GEAS

Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

PARECER - ABERROMETRIA

O exame de análise da frente de ondas, ou 'wavefront', caracteriza a óptica do olho além da refração tradicional – miopia, hipermetropia e astigmatismo. Com isso, são medidas e caracterizadas as denominadas aberrações de ordens baixas (refração tradicional), como de ordens mais elevadas – ex.: coma, trefoil, quadrifoil, aberração esférica e astigmatismos secundários. As aberrações ópticas de ordens mais elevadas não podem ser medidas ou identificadas através de nenhum outro exame oftalmológico. Além disso, o exame de 'wavefront' proporciona maior precisão no estudo da refração tradicional, pois a precisão está na ordem de 0,01 dioptria enquanto o exame tradicional está em 0,25 dioptrias.

Na cirurgia refrativa convencional a laser (LASIK e PRK ou ablação de superfície), programa-se a correção dos erros refrativos de ordem baixa, ou seja, a miopia, a hipermetropia e o astigmatismo. Quando esses erros refrativos são tratados, há uma conseqüente indução de aberrações de ordens mais elevadas que, caso já estejam presentes nesse olho, podem determinar um resultado final que compromete a qualidade visual do paciente, principalmente em condições em que a pupila está mais dilatada. Em outras palavras, é possível que um pacien-

te tenha acuidade visual de 20/20 e uma refração tradicional próxima à plana e apresente uma qualidade de visão baixa, com percepção de halos ao redor de luzes, imagens fantasmas e outros efeitos visuais que ocorrem caso o olho apresente um valor elevado dessas distorções de ordens mais elevadas que a refração tradicional. O exame também determina o diâmetro pupilar em condições de baixa luminosidade, pois trabalha com um sistema de detecção na faixa do infravermelho.

Portanto, a análise da frente de onda é um exame fundamental quando é necessária uma melhor caracterização da óptica do olho do paciente, como no pré e pós-operatório de cirurgias refrativas. As aberrações ópticas de ordens mais elevadas devem ser adequadamente quantificadas e caracterizadas no pré operatório de cirurgias de correção visual a laser, pois vão excluir casos com grande risco de evoluírem com baixa de qualidade de visão no pós operatório. Esses casos, com altos níveis de aberrações de ordens mais elevadas detectados no pré operatório, não devem ser operados através da abordagem tradicional esfero-cilíndrica, mas podem ser candidatos a uma cirurgia personalizada, que visa o tratamento das aberrações tanto de ordem baixa como elevada.

PARECER - ATUAÇÃO DE AUXILIARES EM OFTALMOLOGIA (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** têm a esclarecer que:

A participação de auxiliares de oftalmologia nas diversas atividades relacionadas ao atendimento dos pacientes deve ser pautada pelas seguintes considerações:

Preservar o sigilo da relação médico-paciente respeitando a intimidade do paciente.

As informações - além da simples identificação, endereço, etc - pessoais e familiares precisam ser resguardadas e devem ser do conhecimento apenas do médico.

A relação médico-paciente adequada é pessoal e intransferível. Não deve ser despersonalizada pelo risco de empobrecer o exercício profissional.

Os exames complementares cuja técnica tenha que se adequar aos dados que vão sendo obtidos durante sua execução e que precisem ser correlacionados com aspectos clínicos do paciente devem ser realizados por médico.

Exames complementares objetivos, cujos resultados não dependam de interpretação, podem realizados por técnicos, sob supervisão médica.

A portaria do CFM 1.627/2001 que define o ATO MÉDICO impõe restrições acentuadas à delegação pelo médico a outros profissionais de atribuições no atendimento aos pacientes.

Face ao exposto a SBO recomenda:

Anamnese da moléstia atual e progressão: Ato médico exclusivo.

Medida da acuidade visual: admite-se o uso de auxiliar de oftalmologia desde que seja para avaliação simples, como em triagens.

Lensoimetria: Se for conferir lente de óculos, pode ser realizada por auxiliar de oftalmologia. Como sinônimo de refratometria é ato médico exclusivo. Permite-se ao auxiliar o uso do Auto-refrator.

Campimetria computadorizada: Pode ser feita por téc-

nico sob estrita supervisão do médico oftalmologista. Quando realizada por este, o exame passa a ter muito maior valor agregado.

Ecobiometria ultrassônica: Embora seja um exame objetivo, deve ser realizada pelo médico pelas implicações clínicas e consequências legais do erro refracional pós-operatório.

Ceratometria: Pode ser realizada pelo técnico.

Paquimetria computadorizada: Pode ser realizada pelo técnico, sob supervisão do oftalmologista.

Orientação pré-operatória e pós-operatória: No que se refere à parte médica (cuidados, uso de medicações, expectativas) é ato médico exclusivo. O auxiliar pode ajudar na parte burocrática.

PARECER - Auxiliares em Cirurgia de Catarata (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** querem enfatizar que a relação econômica entre o médico prestador de serviços e a empresa contratante é regida por um contrato. O contrato prevê a remuneração dos serviços por uma tabela, cuja referência em geral é a CBHPM, e lá a catarata é classificada como porte 5, com um auxiliar e anestesista. A negativa de remunerar o auxiliar ou o anestesista é, antes de tudo uma quebra de contrato, e deve merecer o tratamento administrativo e jurídico que couber.

Quando se estabelece a necessidade de auxiliar, admite-se, por questão de segurança, que outro profissional devidamente habilitado esteja presente no campo e, diz a boa prática, que este profissional deve estar habilitado, não só a ajudar o cirurgião na prevenção de problemas técnicos no curso do procedimento, como até a substituí-lo na ocorrência de um impedimento ou mal súbito. Excluindo os hospitais universitários e outros ambientes de treinamento, o auxiliar deve, se possível, ser profissional com treinamento adequado à eventual substituição do cirurgião.

PARECER - Biomicroscopia Ultrassônica (UBM), Terapia Fotodinâmica (PDT) e Degeneração Macular Relacionada à idade (DMRI) (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que:

01. A Biomicroscopia ultra-sônica (UBM) é exame universalmente reconhecido como importante para a prá-

tica semiológica em oftalmologia e o CBO e a SBO não poderiam deixar de reconhecê-lo.

Suas indicações mais importantes são a avaliação das estruturas do seio cameralar, corpo ciliar e íris, quando

não acessíveis pelas técnicas rotineiras (biomicroscopia e gonioscopia).

02. A Terapia Fotodinâmica (PDT) é utilizada no tratamento de algumas formas de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI).

É procedimento estabelecido e reconhecido universalmente como útil no controle da DMRI exsudativa.

O tratamento utiliza-se de substância fotossensível (no Brasil a Verteporfirina) e de um laser específico para este tratamento. São necessárias diversas aplicações (4 a 6) em intervalos variáveis de 60 a 90 dias.

Além da Verteporfirina utiliza-se seringas, soluções isotônicas (KIT), além de uma bomba injetora.

03. Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) é a causa mais comum de cegueira irreversível no Ocidente.

Estudos recentes sugerem que cerca de 10% das pessoas entre 65-74 anos e aproximadamente 30% dos maiores de 75 anos são afetados, em alguma extensão, pela DMRI.

Existem dois tipos de DMRI: a forma atrófica ou seca, responsável por cerca de 90% dos casos e a forma exsudativa ou úmida, compondo os 10% restantes.

Fatores de risco: idade (o mais importante), sexo (as mulheres são mais afetadas), hereditariedade (10-20% dos doentes têm antecedentes familiares), pigmentação ocular (a DMRI acomete mais o indivíduos brancos e, entre esses, os que têm íris azuis), tabagismo, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, hipermetropia e fatores ambientais, como a fototoxicidade (luz branca e ultravioleta) e a nutrição.

A utilização do PDT é feita apenas em clínicas equipadas e sua frequência não é alta, dependendo naturalmente da quantidade de pacientes referenciados.

PARECER - Cirurgia Combinada de Catarata e Glaucoma (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que a catarata e o glaucoma são doenças diferentes, tratados com procedimentos cirúrgicos diferentes e absolutamente independentes.

A incidência simultânea das duas patologias é pouco frequente e, submeter, de rotina, pacientes a duas intervenções separadas, em épocas distintas, seria uma agressão desnecessária, sem justificativa, já que sua realização concomitante oferece bons resultados, devendo ficar à critério de cada cirurgião a indicação.

A cirurgia anti-glaucomatosa de eleição nestes casos seria a trabeculectomia.

Os procedimentos – facectomia (catarata) e trabecu-

lectomia (glaucoma) por serem independentes, devem ser cobrados de forma separada, respeitando-se o critério de remunerar a segunda cirurgia (glaucoma) com 50% da tabela de honorários médicos. Percebe-se que a realização simultânea, do ponto de vista econômico, favorece mais às empresas de seguro e planos de saúde do que ao cirurgião.

A simples iridectomia não pode ser cobrada como cirurgia anti-glaucomatosa, durante a realização da cirurgia de catarata.

O que não se justifica é cobrar, na facectomia, a simples iridectomia como um procedimento independente. A trabeculectomia, no entanto, é um procedimento com indicações específicas, independente da facectomia e deve ser cobrada separadamente.

PARECER - Cirurgia Refrativa

A cirurgia refrativa é uma subespecialidade da Oftalmologia que trata de alternativas cirúrgicas para tratamento de vícios de refração – miopia, hipermetropia ou astigmatismo. Portanto, a cirurgia refrativa se apresenta como opção para as pessoas que apresentam vícios de refração e necessitam de correção visual para exercer suas atividades.

Devemos esclarecer que essas cirurgias são eletivas, pois geralmente existem outras alternativas como óculos ou lentes de contato para o tratamento.

Porém, não se trata de um procedimento estético! É um procedimento funcional para o paciente!

Como toda cirurgia, os diversos procedimentos de cirurgia refrativa apresentam riscos, benefícios e limitações. Cada paciente deve ser devidamente educado, orientado e ter suas questões devidamente respondidas para tomar sua decisão de acordo com suas necessidades individuais.

Os procedimentos de fotoablação córnea por excimer laser são os mais comumente realizados no Brasil e no mundo. O laser pode ser aplicado por meio das técnicas LASIK (Laser in situ keratomileusis) e PRK (*Photorefractive keratectomy* ou Ablação de Superfície).

O LASIK consiste na criação de um retalho córneo ou “flap” com auxílio de um aparelho denominado microcerátomo, que expõe o estroma córneo para a aplicação do excimer laser. O PRK ou ablação de superfície, consiste na remoção do epitélio córneo para a aplicação do excimer laser no estroma superficial da córnea. Procedimentos denominados Epi-LASIK, ou LASEK consistem em formas diferentes de se retirar o epitélio antes da aplicação do excimer laser, podendo ser considerados como PRK ou ablação de superfície.

O PTK (*Phototherapeutic keratectomy*) consiste na aplicação do excimer laser na córnea para tratamento de opacidades ou outras irregularidades corneanas.

A cirurgia refrativa é uma subespecialidade em constante evolução, havendo estimulado um grande de-

envolvimento científico em toda a Oftalmologia.

O excimer laser, introduzido na Oftalmologia no final da década de 80, vem apresentando significativa melhoria da tecnologia utilizada devido a pesquisas realizadas pela indústria, universidades e clínicas privadas em todo o mundo.

Diversas são as melhorias que vem sendo implementadas para aumentar a segurança e a precisão das cirurgias, com o objetivo de se obter melhores resultados para os pacientes. Portanto, há diferenças significativas entre diferentes gerações de excimer laser.

A cirurgia refrativa tem finalidade funcional. Da mesma forma que pessoas com miopias com mais que 7 dioptrias, pessoas com baixa miopia apresentam-se com total dependência de correção visual para exercerem suas atividades. Por exemplo, miopia de -1D seria o bastante para determinar uma baixa de visão sem correção e, com isso, obrigatoriedade do uso óculos ou lentes de contato para dirigir legalmente.

Há controvérsias sobre a idade mínima para a realização de cirurgia refrativa.

Sobre este aspecto, há necessidade de estabilidade da refração por pelo menos 1 ano antes da cirurgia. Com isso, a questão da idade é relativa, pois não existe um relógio biológico que determine que após certa idade o indivíduo vai parar o crescimento e estabilizar a refração. Cada paciente apresentaria uma idade mínima para a estabilização da refração. Quando bem indicada e planejada, em situações específicas, procedimentos de cirurgia refrativa podem ser realizados com sucesso mesmo em crianças e adolescentes havendo inúmeras publicações em revistas científicas revisadas que suportam tal abordagem.

Há limites ópticos para o tratamento seguro dos erros refrativos na córnea.

Considera-se que os casos de miopia com equivalente esférico acima de -12 dioptrias, astigmatismo acima de 6 dioptrias e hipermetropia com equivalente esférico

acima de +9 não devem ter o tratamento total realizado na córnea.

Outras alternativas são possíveis e, muitas vezes, é necessária a realização de dois ou mais procedimentos cirúrgicos para o tratamento desses casos de graus extremos.

Lentes intraoculares (LIO) são alternativas para esses casos e podem implantadas em olhos fânicos (com cristalino natural), havendo diversas abordagens e modelos para essas lentes. Estudos envolvendo cada tipo de lente têm sido desenvolvidos para determinar segurança e eficácia.

O implante de segmentos de anéis intracorneanos pode ser realizado de forma refrativa para tratamento refrativo de miopias baixa à moderada ou terapêutico em casos de ceratocone ou outras formas de ectasia corneana.

As LIO e os anéis são temas para outros relatórios específicos.

A ceratotomia radial foi realizada rotineiramente durante a década de 1980 e primeira metade dos anos 90. Neste período, tratava-se da melhor opção como procedimento cirúrgico para correção visual dos pacientes com miopia e astigmatismo.

Quando bem indicada e realizada de forma correta, a ceratotomia radial proporciona resultados excelentes. Entretanto, há complicações relacionadas com a cicatrização definitiva das incisões, podendo haver instabilidade refracional e hipermetropia com astigmatismo após mais de 10 anos. Tal complicação pode ocorrer em até 40% dos casos.

As cirurgias de fotoablação por excimer laser proporcionam resultados mais precisos e estáveis, sendo as técnicas mais utilizadas atualmente.

Além da ceratotomia radial, a ceratotomia transversa ou astigmática apresenta-se como alternativa ainda hoje utilizada para tratamento de casos de astigmatismo.

Diversas publicações em revistas científicas revisadas endossam a segurança da realização de cirurgia LASIK, ou mesmo PRK, em ambos os olhos no mesmo dia. Não é uma cirurgia verdadeiramente simultânea, pois cada olho é operado em momentos diferentes. Cada paciente deve ser esclarecido dos riscos e benefícios desta alternativa de

modo a tomar decisão juntamente com o cirurgião.

O processo pré-operatório das cirurgias refrativas é de fundamental importância para o sucesso desses procedimentos. Além do exame oftalmológico completo, exames complementares devem ser realizados para determinar a segurança da cirurgia.

No caso específico das cirurgias de fotoablação por excimer laser: a paquimetria ultrassônica e a topografia corneana trazem informações sobre a córnea do paciente de modo a determinar se a córnea pode ou não ser operada, bem como, sobre qual a técnica mais adequada para a aplicação do laser.

O estudo da topografia corneana representa na forma mais sensível para se identificar condições desfavoráveis, que são consideradas como de alto risco para essas cirurgias, como ceratocone e degeneração marginal pelúcida. A paquimetria determina a espessura total da córnea, sendo fundamental porque a aplicação do excimer laser tornará a córnea mais fina, dependendo da refração que é tratada. Com isso, devemos saber se há tecido suficiente para a aplicação do laser.

O mapeamento de retina deve ser realizado em todos os pacientes para a identificação de alterações que poder preceder um descolamento de retina. Nesses casos, a aplicação profilática de laser (diferente do excimer) para fotocoagular a retina periférica é eficaz no sentido de evitar o descolamento da retina. Os olhos míopes apresentam uma susceptibilidade natural para essas alterações e, conseqüentemente, maior incidência de descolamento de retina que a encontrada na população geral. Deve ser esclarecido que a cirurgia refrativa não diminui tal risco e o paciente ainda tem um "olho míope", devendo ter a retina avaliada por mapeamento de retina periodicamente, de acordo com cada caso.

O estudo do filme lacrimal é de fundamental importância antes da cirurgia. Olho seco é a complicação mais comum após LASIK e PRK.

Outros exames complementares oftalmológicos tradicionais como a microscopia especular, campimetria e outros podem ser necessários antes da cirurgia refrativa em casos específicos.

Como em tudo na Medicina, além de todos os exames complementares, bom senso é fundamental para se de-

terminar se um paciente interessado seria um bom candidato para LASIK ou PRK.

Novas abordagens propedêuticas foram introduzidas nos últimos anos e têm se mostrado com indispensável valor na avaliação antes de LASIK ou PRK. O exame de análise da frente de ondas ou “wavefront” caracteriza a óptica do olho com maior precisão no estudo da refração tradicional (miopia, hipermetropia e astigmatismo - esférico cilíndrica), pois a unidade de medida é 0,01 dioptrias enquanto o exame tradicional é 0,25 dioptrias. Além da refração tradicional (aberrações de ordens baixas), são medidas as denominadas aberrações ópticas de ordens mais elevadas, como coma, trefoil, quadrifoil, aberração esférica e astigmatismos secundários. As aberrações ópticas de ordens mais elevadas não podem ser medidas ou identificadas através de nenhum outro exame oftalmológico. O exame também realiza a medida do diâmetro pupilar em condições mesópicas controladas.

O exame de tomografia de córnea representa um avanço do estudo da topografia córnea, sendo capaz de

representar graficamente a arquitetura da córnea de modo a criar mapas de espessura e curvatura que complementam o estudo topográfico detalhado da córnea. Tal exame consiste no único método para determinar a espessura córnea mais delgada.

Ambos os exames devem ser considerados para fazer parte da rotina pré-operatória de Cirurgias Refrativas, entretanto são exames novos, não fazendo parte, atualmente, da maioria das tabelas de rol de procedimentos.

Caso não haja contraindicações médicas detectadas no exame pré-operatório para os casos de astigmatismo, miopia ou hipermetropia, como córneas finas, ceratocorne, degeneração marginal pelúcida e o paciente entender e concordar com as limitações e riscos da cirurgia, não há motivos para restringir a cirurgia refrativa a limites de graus.

Por exemplo, o FDA americano aprova a cirurgia até +6D de hipermetropia, até 12D de miopia e até 6D de astigmatismo. Estes limites variam entre diferentes aparelhos (www.fda.gov).

PARECER - Estabelecimento de “médias” para requisição de exames oftalmológicos

Chegou ao nosso conhecimento que esta singular elaborou parâmetros médios para requisição de exames na especialidade de oftalmologia.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia levantam algumas questões quanto à esta conduta:

1º) É totalmente questionável a validade dos dados percentuais apresentados. As médias não têm apoio em qualquer dado científico e gostaríamos que as UNIMEDs que adotaram esta conduta, nos apresentassem a literatura consultada para fundamentar tais limites.

2º) A imposição unilateral destes limites é uma inadmissível intromissão na prática profissional com cerceamento absolutamente intolerável da liberdade do médico orientar a avaliação ética dos seus pacientes e fere o artigo 21 do Código de Ética Médica que diz no Capítulo II, de Direitos do Médico: “É direito do médico

indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas, reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”.

3º) Adicionalmente se referem a médias o que significaria que variações seriam admitidas tanto para o mesmo profissional quanto entre profissionais diferentes. No entanto afirmam que a quantidade de exames não poderá ultrapassar o percentual da média, o que configura uma regra imposta.

O perfil de cada profissional tem que ser considerado entendendo-se que na prática de subespecialidades a frequência de exames pode variar e é necessário entender e acatar estas variações.

Solicitamos a não adoção desta conduta por esta UNIMED e informamos que já encaminhamos aos Conselhos Regionais de Medicina, ao Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira nossa denúncia contra esta normatização antiética.

PARECER - Exames de Motilidade Ocular - Ortóptica (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que:

Faz parte da consulta oftalmológica apenas o exame sucinto da motilidade ocular, ou seja, a avaliação da visão binocular, "cover-test", para diagnóstico de forias e tropias.

O exame do paciente com distúrbio da visão binocular, com avaliação das alterações motoras e sensoriais

e medidas para orientação terapêutica, constitui-se em exame específico, realizado em situações peculiares e distinto da consulta oftalmológica, podendo ser realizado por médico ou ortoptista.

Deve-se levar em conta a subespecialidade do oftalmologista: se for estrabólogo (especialista em estrabismo) terá certamente uma demanda maior de exames de motilidade ocular.

PARECER - Fornecimento e Utilização de Lentes Intraoculares (CBO/SBO)

Algumas operadoras de planos de saúde estabelecem diferenciação entre "lentes nacionais" e "lentes importadas", recusando-se às vezes ao pagamento ou reembolso das chamadas "lentes importadas". Tal ponto de vista é discriminatório e improcedente. Desde que as lentes estejam devidamente regularizadas junto a ANVISA, podem ser comercializadas no Brasil e cabe ao médico, e somente a ele, a escolha da lente que vai implantar em seus pacientes, pois responderá pela escolha e consequências. Ao exigir que um cirurgião use somente "lentes nacionais" a operadora esta cerceando o direito do médico, infringindo diversos artigos do Código de Ética Médica.

A classificação correta para lentes intraoculares deve se basear na matéria prima, na tecnologia utilizada para a sua fabricação, bem como no rigoroso controle de qualidade e não se é "nacional" ou "importada".

Reconhecemos o direito das operadoras determinarem valor teto para custeio de lentes intraoculares, mas deixarem que pacientes e médicos decidam as diferenças quando estas existirem, como, por exemplo, nas LIOs de silicone, acrílicas, multifocais ou para microincisões.

Considerando que, as lentes Intraoculares de polimetil metacrilato (PMMA), atendem a necessidade básica de corrigir o poder dióptrico do olho após a realização da cirurgia de

catarata (facectomia), podemos concluir que a utilização de lentes intraoculares confeccionadas com material dobrável (acrílico ou silicone), assim como, LIOs multifocais ou para microincisões devem ser consideradas como outra tecnologia, cabendo ao paciente pagar a diferença do custo existente entre as lentes de PMMA e as demais.

O fornecimento do material cirúrgico por parte das empresas operadoras de planos de saúde acarreta problemas aos centros cirúrgicos que se veem desobrigados de manter estoque regulador deste material. Caso ocorra um imprevisto como contaminação, avaria do material fornecido ou mesmo mudança de técnica no per operatório (ruptura da cápsula posterior por exemplo), a cirurgia será afetada. Exigir que o centro cirúrgico ou o próprio médico mantenham sempre um estoque de reserva de todo o material hospitalar possível de ser utilizado configura um contrassenso e uma arbitrariedade, imobilizando um capital sem retorno previsível e de utilização imprevista.

Os centros cirúrgicos têm responsabilidade na prestação de serviços, tendo pessoal treinado para manusear e fiscalizar o material hospitalar, assim como lugar próprio para armazenar este material, que requer espaço físico e cuidados especiais como controle de refrigeração, umidade, calor, evitar exposição ao sol, furto, perda da validade, etc.

O CBO, a SBO e a COOESO, preocupados com a legalidade dos procedimentos adotados pelas empresas de planos de saúde que insistem em fornecer material cirúrgico para cada procedimento realizado, encaminharam pedido de providências ao Ministério Público

Federal e ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, com farta documentação acerca dos riscos de tais procedimentos para a saúde dos pacientes, aguardando as providências daqueles órgãos que atuam na defesa dos consumidores.

PARECER - Fotocoagulações a laser na Retinopatia Diabética (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que:

01. Em um mesmo olho podem ser feitos diversas sessões de fotocoagulação à laser. Em geral os tratamentos mais extensos (as panfotocoagulações) estendem-se por quatro sessões, mas alguns fatores como edema retiniano e sensibilidade do paciente podem exigir maior fracionamento, como aliás se admite para outras formas de tratamento, como a radioterapia por exemplo.

02. A indicação de fotocoagulação não se faz em todas as retinopatias diabéticas mas sim quando há edema

macular ou isquemia retiniana significante.

03. Além do exame oftalmológico de rotina são essenciais a retinografia, a angiofluoresceinografia e, eventualmente a videoangiografia digital pela indocianina verde.

04. O espaçamento entre as sessões é determinada por critérios clínicos, e pretende-se evitar principalmente que a fotocoagulação extensa provoque edema e descolamento da coróide. Os intervalos podem ser de 2 a 7 dias, e dependendo da evolução da doença, podem ser indicadas novas intervenções. A fotocoagulação pretende o controle da doença mas com frequência ela não é curativa.

PARECER - Implante Intraestromal - Anel de Ferrara (CFM nº 2/2005)

Aprova o implante de anel intraestromal na córnea para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV, que de um procedimento experimental, passa a ser considerado como usual na prática médico-oftalmológica.

RELATÓRIO DA CONSULTA

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, por intermédio do primeiro-secretário, envia ao Conselho Federal de Medicina correspondência do Dr. Paulo Ferrara de Almeida Cunha solicitando aprovação para que o procedimento cirúrgico de implante intraestromal da córnea (anel de Ferrara) seja considerado ato de rotina da prática médica.

PARECER

O ceratocone é uma distrofia ectásica da córnea, geralmente bilateral, caracterizada por uma redução na sua espessura e protrusão da parte central e/ou periférica que progride para a forma cônica. Sua etiologia ainda é motivo de controvérsias e sua elevada incidência em comunidades étnicas fechadas sugere evidências do envolvimento de fatores genéticos e ambientais. No entanto, seu padrão de transmissão e mecanismo de hereditariedade ainda não foram elucidados e o ceratocone, na maioria dos casos, se manifesta esporadicamente.

O quadro clínico evidencia redução da acuidade visual do paciente mesmo com a melhor correção ótica,

surgimento de astigmatismo irregular progressivo, fotofobia e prurido ocular. Os sinais mais precoces podem ser detectados por retinoscopia, biomicroscopia, ceratometria e topografia da córnea. Segundo sua progressão, é classificado em quatro estágios gerais:

- I)** Pré-clínico ou subclínico;
- II)** Ceratocone médio (afilamento estromal inicial e ectasia, boa correção visual com óculos ou lentes de contato);
- III)** Ceratocone moderado (afilamento estromal importante, deformação da superfície da córnea, córnea transparente, acuidade visual só corrigida com lentes de contato rígidas, muitas vezes de difícil adaptação; em alguns casos, indica-se o transplante de córnea);
- IV)** Ceratocone severo (afilamento severo do estroma, cicatrizes na córnea, acuidade visual não corrigida mesmo com lentes de contato rígidas, indicação de transplante de córnea).

O tratamento do ceratocone objetiva a melhoria da acuidade visual. Nos casos mais brandos, a prescrição de óculos é suficiente. Com a progressão da doença as irregularidades da córnea impedem os óculos de proporcionarem uma visão satisfatória. Nesta circunstância as lentes de contato rígidas estão indicadas e geralmente proporcionam boa visão. Nos casos mais graves, quando não se consegue a melhoria da visão mesmo com o uso de lentes de contato, o transplante de córnea é a única indicação de tratamento com possibilidade de melhorar a visão do paciente, apresentando resultados satisfatórios em 90% dos casos.

O implante intraestromal da córnea (anel de Ferrara) visa melhorar a acuidade visual do paciente aplanando a curvatura da córnea e diminuindo as assimetrias provocadas pelo ceratocone em sua topografia. Este procedimento é considerado, de acordo com a Resolução CFM nº 1.622/2001, como experimental. Atualmente, as evidências científicas já permitem um posicionamento médico com relação às indicações e contraindicações deste tratamento. Dentre os diversos modelos de implante intraestromal de córnea o mais difundido no Brasil é o anel de Ferrara e sua principal indicação é o tratamento do ceratocone.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, juntamente com suas filiadas - Sociedade Brasileira de Ca-

tarata e Implantes Intraoculares, Sociedade Brasileira de Cirurgia Refrativa - fundamentados em subsídios dos protocolos (ensaios clínicos) conduzidos pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e UFPR (Universidade Federal do Paraná), emitiu parecer sobre o assunto considerando o tratamento do ceratocone com implante na córnea de anel intraestromal indicado para os casos de ceratocone nos estágios III e IV, nos quais todas as modalidades de tratamento clínico foram tentadas.

CONCLUSÃO

O paciente portador de ceratocone, nos estágios III e IV, que tem como única indicação terapêutica o transplante de córnea, pode ter seu tratamento retardado em decorrência da fila para o transplante e sua acuidade visual piorada nos casos de complicações pós-transplante. Contudo, pode ser beneficiado se submetido a tratamento com implante intraestromal na córnea, não apenas com a melhora da acuidade visual enquanto aguarda o transplante como também, em alguns casos, obter visão suficiente para evitá-lo. Dentre algumas vantagens neste tratamento, destacamos: reversibilidade (com a retirada do implante a córnea retorna às suas dimensões originais pré-implante e sua área central fica preservada), reajustamento (o anel pode ser substituído ou reposicionado em caso de necessidade) e estabilidade (os resultados são estáveis).

No entanto, devemos destacar que o uso do anel intraestromal não deve ser indicado a seguintes situações:

- 1.** Ceratocone avançado com ceratometria maior que 75,0 dioptrias;
- 2.** Ceratocone com opacidade severa da córnea;
- 3.** Hidropsia da córnea;
- 4.** Associação com processo infeccioso local ou sistêmico;
- 5.** Síndrome de erosão recorrente da córnea.

Diante do exposto, somos favoráveis à aprovação do tratamento de pacientes portadores de ceratocone nos estágios III e IV com anel intraestromal na córnea, ressalvadas as contraindicações citadas.

Este procedimento, portanto, deve deixar de ser considerado experimental e passar a integrar o arsenal terapêutico médico-oftalmológico usual.

PARECER - Lente de Contato (CFM)

O Conselho Federal de Medicina considera o ato médico todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

- I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
- II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
- III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

Sendo atos privativos do profissional médico, as atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica.

A indicação, escolha e adaptação de lentes de contato exigem do médico uma sequência de exames e treinamento do paciente, sem os quais este poderá sofrer danos irreversíveis. O médico deve avaliar se há indicação ou contraindicação para uso de lentes de contato e para uma adaptação perfeita e completa deverá realizar os seguintes exames:

1. Anamnese:
2. Exame oftalmológico completo:
 - a) Acuidade visual
 - b) Exame da musculatura extraocular
 - c) Biomicroscopia
 - d) Fundoscopia
 - e) Avaliação do filme lacrimal
 - f) Exame da topografia da córnea
 - g) Ceratometria
 - h) Refração
 - i) Utilização de lentes para teste

Após estes exames, o médico estará em condições de escolher a lente adequada para o paciente, que deverá receber as orientações necessárias quanto ao uso, manuseio e assepsia das lentes. Ao final, o médico deverá fazer um exame no biomicroscópio para avaliar se a lente escolhida está corretamente adaptada.

Uma lente de contato mal adaptada ou com uso ina-

dequado, sem um acompanhamento médico, poderá causar complicações oculares, com sérias repercussões para a visão do paciente, inclusive a cegueira.

O médico, para a escolha da lente a ser adaptada, precisa avaliar três parâmetros principais: valor dióptrico, curvatura e diâmetro da lente. Esta escolha pode variar de médico para médico, pois a modificação de um único parâmetro na lente implicará em alterações nos outros parâmetros. O mesmo paciente pode adaptar-se a lentes diferentes, quando escolhidas por médicos diferentes, o importante é que em qualquer um dos casos o paciente seja beneficiado. Desse modo, não existe uma receita para lentes de contato, cada médico escolherá a lente de acordo com o seu exame. Sendo o responsável pela sua adaptação.

A Resolução nº 59/1996 do CRM-PR, em seu artigo 10 diz "A indicação, aplicação e controle das alterações à exposição do olho às lentes de contato (corpo estranho), bem como a responsabilidade decorrente, são competência exclusiva da atividade médica". Estabelece também que a adaptação de lentes de contato é de competência exclusiva do médico.

Qualquer que seja a indicação para o uso de lentes de contato: médica, óptica, terapêutica e estética, implicará na necessidade da realização de exames que só o médico está legalmente habilitado para fazê-los. Portanto o procedimento de adaptação de lentes de contato é um ato médico.

Em relação à segunda pergunta é necessário fazer a devida diferenciação entre dois aspectos distintos envolvendo a prescrição de lentes de contato.

O primeiro aspecto diz respeito ao processo de adaptação das lentes de contato. Esta fase é fundamental para o sucesso do uso futuro das lentes prescritas. O processo de adaptação exige que o médico submeta o paciente à exposição a diversos tipos de lentes de contato a fim de observar qual modelo oferece maior conforto e melhor resultado óptico ao paciente. Neste ato médico

necessariamente são utilizadas lentes de teste descartáveis, as quais possuem um custo que obviamente é da responsabilidade do paciente.

Penso ser perfeitamente ético que o médico receba um ressarcimento pelo custo das lentes empregadas nos teste de adaptação. O valor a ser recebido deverá corresponder aos custos totais pagos pelo médico. Não mais e não menos. Estou convicto que ao médico não deve ser imposto custos e responsabilidades que não lhe pertence; bem como ao paciente qualquer agravo adicional decorrente de mais valia, o que caracterizaria um ato de mercancia.

O segundo aspecto a ser analisado diz diretamente à possibilidade do médico comercializar a lente de

contato por ele prescrita após a fase de adaptação. Tal situação é vedada pelo Código de Ética Médica em seu artigo 98. Porém nada impede que o médico indique determinado tipo de lente de contato, com base em sua experiência e conhecimento científico.

Se porventura o médico vier a facilitar o acesso do paciente ao tipo de lente prescrita, ele não poderá obter qualquer benefício em troca, nem da parte do fabricante/vendedor nem do paciente, sob pena de incorrer em falta ética.

Assim sendo, uma vez observadas todas estas orientações o médico oftalmologista estará agindo em perfeita correção ética e seus atos não merecerão qualquer tipo de reprimenda.

PARECER - Lentes Intraoculares Nacionais (CBO/SBO)

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, em relação à qualidade das lentes intraoculares nacionais, tem a esclarecer que não são qualificados para este tipo de julgamento, que obviamente caberia às entidades preparadas e destinadas para esta análise.

Qualidade é algo objetivo que, além de poder ser sentido, deve ser avaliado. No Brasil, o INMETRO, agência oficial, e outras agências não oficiais, estabelecem critérios para avaliação de qualidade e emitem os competentes certificados sobre os produtos que avaliam.

Podemos dizer em relação às lentes intraoculares que os fabricantes estrangeiros de marcas tradicionais têm suas lentes avaliadas e liberadas pela FDA nos EUA com sua conhecida rigidez de critérios. Além da liberação pela FDA os critérios próprios de avaliação de qualidade destes fabricantes superam os padrões mínimos exigidos, por exemplo: exame das lentes com microscópios industriais de maior aumento, maior resolução, índice alto de rejeição na fabricação e outros.

Estes dados são divulgados em publicações e congressos e, o endosso das comunidades de especialistas que usam estes produtos, divulgando seus resultados são elementos importantes para o julgamento de especialistas brasileiros.

A indústria nacional tem obtido nível de excelência em diversas frentes e também a indústria de lentes desenvolveu-se extremamente. Falta, talvez, melhor conhecimento dos critérios de avaliação destas lentes e sua divulgação.

Infelizmente há uma pressão negativa do próprio governo, grande comprador de lentes para o SUS, que usa apenas o critério de custo para adquirir as lentes, quando deveria exigir também a certificação por alguma agência confiável de qualidade do produto, pois a imposição de baixos custos pode influenciar os critérios de rejeição.

Lembramos que, de acordo com a lei, só devem ser usados produtos devidamente registrados na ANVISA.

PARECER - Mapeamento de Retina (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que:

O mapeamento de retina ou oftalmoscopia indireta, permite a avaliação da retina até sua extrema periferia, enquanto a oftalmoscopia direta permite a avaliação apenas do polo posterior da retina.

O mapeamento de retina pode ser realizado por oftalmoscopia binocular indireta de Schepens e também pode ser realizado por biomicroscopia indireta com o auxílio de lentes grandes angulares (lentes de 78 ou 90 dioptrias) ou lente de contato de Goldman de 3 (três) espelhos.

As indicações formais do mapeamento de retina são: no pré-operatório das cirurgias intraoculares (se a

transparência do cristalino permitir), das cirurgias refrativas, das entopsias agudas ou crônicas, nas mídias e altas miopias, antecedentes familiares ou pessoais de descolamento da retina, traumas, retinopatias hipóxicas (diabetes, trombozes, Eales, anemia falciforme), inflamações, quadros infecciosos e patologias de vítreo, retina, coróide e nervo óptico.

Os resultados podem ser apresentados em laudo descritivo ou gráfico quando necessário.

O tempo para a execução do exame depende dos meios transparentes e da dilatação das pupilas, que varia de pessoa para pessoa, sendo que nas íris mais claras a dilatação é mais rápida. Outros fatores como sinéquias (aderências), uso de determinados medicamentos (mióticos), podem interferir na dilatação das pupilas.

PARECER - Paquimetria Ultrassônica no Glaucoma (CBO/ SBO)

O **Conselho Brasileiro de Oftalmologia** e a **Sociedade Brasileira de Oftalmologia** tem a esclarecer que:

A paquimetria ultrassônica está indicada no exame inicial dos pacientes glaucomatosos (CID: H40) e também nos suspeitos de glaucoma (pressão intraocular limítrofe, escavações papilares suspeitas).

Está provado que nas córneas mais delgadas a pressão intraocular é subestimada pela tonome-

tria de aplanção, e nestes pacientes a medicação profilática, ou a intensificação do tratamento estariam justificados.

Não está estabelecido um coeficiente de correção para se aplicar a tonometria nestes casos.

Com relação à frequência, a paquimetria só é justificada no primeiro exame, a fim de diagnosticar o glaucoma.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo (SBRV)

sobre o tratamento intraocular quimioterápico com antiangiogênicos para degeneração macular relacionada a idade (DMRI) do tipo úmida ou exsudativa.

INTRODUÇÃO:

No Brasil, a degeneração macular relacionada a idade (DMRI) atinge cerca de 10% da população acima de 65 anos de idade. A maioria destes pacientes (90%) apresenta DMRI do tipo seca ou atrófica. Esta forma da doença não tem indicação para o tratamento com antiangiogênicos. Por outro lado, 10% dos pacientes com DMRI desenvolvem a forma úmida ou exsudativa, com a presença de membrana neovascular sub retiniana que causa perda abrupta e severa da visão. Nestes casos, a terapia com antiangiogênicos tem se consolidado como o padrão-ouro para o adequado tratamento desta doença.

Ensaio clínico multicêntrico e controlado demonstraram que a terapia intravítrea com aplicação de antiangiogênicos é um método eficaz e seguro, conseguindo melhorar a visão em 34% dos casos e a estabilização da mesma em 90% dos pacientes tratados, enquanto os olhos não tratados, geralmente, evoluem para perda irreversível da visão central.

No sentido de oferecer diretrizes para que esse tratamento possa ser realizado com eficácia e segurança, a Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo (SBRV) criou o guia de boas práticas para o tratamento dessa doença. Essas recomendações foram discutidas e formalizadas com base em dados científicos da literatura médica nacional e internacional, e com base na experiência dos membros da SBRV.

Diretrizes para o tratamento da DMRI úmida ou exsudativa com a infusão de drogas antiangiogênicas (dez/2011)

1) Somente a forma úmida ou exsudativa da DMRI, em atividade, tem indicação para receber infusão de antiangiogênicos na cavidade vítrea. As formas secas ou atróficas e as formas cicatrizadas ou fibróticas não tem indicação para o tratamento.

2) No Brasil, até o momento, o Ranibizumabe (Lucentis®), Afibercept (Eyelia®) e Pegaptanib (Macugen®) obtiveram a aprovação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para o tratamento da DMRI úmida.

3) Por serem medicamentos sujeitos à degradação e perda de efetividade, as drogas antiangiogênicas devem ser mantidas corretamente acondicionadas sob refrigeração, observando-se atentamente o prazo de validade. É imprescindível que o oftalmologista que vai aplicar a droga tenha total segurança quanto à origem e condições de transporte e armazenamento do produto, bem como, conhecimento e treinamento específico no diagnóstico e tratamento das doenças de retina e vítreo.

4) Devido aos riscos de contaminação, não é aconselhável o fracionamento. A agência de vigilância sanitária americana (FDA) e a Associação dos Especialistas em Retina da América (ASRS) emitiram pareceres de alerta quanto aos riscos de infecção intraocular em casos tratados com medicações fracionadas e sem acondicionamento adequado.

5) Por ser de uso intraocular, é necessário que a infusão do medicamento seja realizada em ambiente com controle de assepsia. No Brasil, pelas normas da autoridade sanitária federal, esta condição ambiental só existe em centros cirúrgicos devidamente licenciados pela vigilância sanitária local.

6) A anestesia para o procedimento deve ser, em geral, local. Quando indicado, a critério médico, pode ser necessária a sedação do paciente com a colaboração de um anestesista. Ainda, como a maioria dos pacientes que recebem esse tipo de tratamento são idosos, é aconselhável a presença de um anestesista no ambiente.

7) É importante o controle da pressão intraocular logo após o procedimento. No caso de paracentese da câ-

mara anterior para diminuição da pressão ocular, pode ser necessária a colaboração de um médico assistente.

8) A avaliação pós-operatória do paciente é fundamental para a detecção precoce de complicações, bem como, para acompanhar a evolução do paciente durante o período de tratamento. Exames complementares periódicos como angiografia fluoresceínica, indocianina verde e, sobretudo, tomografia de coerência óptica

(OCT) são necessários para a correta avaliação da indicação terapêutica e acompanhamento dos casos.

9) Em geral, são necessárias várias aplicações de antiangiogênicos para se conseguir estabilização ou melhora da visão.

10) Por ser um tratamento em constante aprimoramento, a SBRV emitirá, quando necessário, novo GUIA a seus associados, incluindo as atualizações técnico científicas pertinentes.

PARECER - Transplante Autólogo de Conjuntiva na Cirurgia do Pterígio

O pterígio, cuja fisiopatogenia vem sendo melhor conhecida, foi durante muitos anos um desafio para o oftalmologista. Cirurgia de resultados duvidosos, que comprometia o cirurgião oftalmológico devido as freqüentes recidivas, obrigou à busca de alternativas para torna-la mais segura e previsível.

A braquiterapia, os antimetabólicos (5-fluouracil e a mitomicina) criaram grande expectativa, e ainda são largamente utilizados, mas geram complicações de razoáveis freqüência e gravidade. Os enxertos autólogos de conjuntiva representam hoje uma alternativa segura, tanto quanto ao risco de recidivas, quanto à incidência de com-

plicações imediatas e tardias, se comparada às alternativas anteriores.

Os inconvenientes dos enxertos de conjuntiva residem na técnica mais sofisticada, microscópica, no tempo mais longo de cirurgia, no uso de fios mais delicados e mais caros, e na necessidade de proteger o retalho com mais cuidado, implicando às vezes em restrição temporária para o trabalho. Este maior custo é compensado pela menor freqüência de reoperações, e pela desprezível incidência de complicações.

Deve ser cobrado na fatura a Exérese de Pterígio + o Transplante Autólogo de Conjuntiva.

PARECER - Retinografia Fluorescente e Retinografia Simples

Em resposta a sua consulta, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem a esclarecer que a retinografia (CBHPM 4.13.01.31-5) consiste na fotografia colorida do fundo ocular. Sua utilidade reside principalmente em permitir a comparação objetiva da evolução de lesões da retina ou da coróide, ou, quando associada à angiofluoresceinografia retiniana CBHPM 4.13.01.01-3), permitir diferenciar as hemorragias das aglutinações pigmentares e as nuances das alterações vasculares.

A angiofluoresceinografia avalia as alterações da perfusão e da permeabilidade vasculares da retina e coróide, permitindo o estudo da microcirculação retiniana. É

também muito útil no estudo dos tumores e malformações corio-retinianas.

A angiofluoresceinografia é realizada com imagens em preto e branco, e não permite distinguir bloqueios hemorrágicos de bloqueios pigmentares nem avaliar variações de cor que podem ser bem caracterizadas nas retinografias, feitas a cores.

Os dois exames deveriam sempre ser realizados conjuntamente, pois embora diferentes, e de indicações próprias, se complementam. A cobrança em separado é absolutamente justificada.

Os exames de retinografia e angiofluoresceinografia envolvem, além do custo elevado do equipamento e da participação de profissional especializado na sua realização, o uso de filmes, corante injetável e material descartável (seringas, escalpes ...).

Sabemos que os materiais utilizados na realização dos exames e as peças de reposição sofreram majoração durante o plano real, achatando mais ainda os honorários médicos.

Em função do peso destes custos, os exames nas tabe-

las da AMB sempre trouxeram a observação – “somente honorários médicos”. Na tabela CIEFAS, criada com base na tabela AMB 1992 a expressão “somente honorários médicos” foi omitida, acidentalmente com certeza.

Solicitamos, portanto, às empresas ligadas ao CIEFAS, a remuneração dos custos destes exames às clínicas que os realizam, revendo o equívoco mencionado.

Na CBHPM 2010 a angiofluoresceinografia é exame binocular, enquanto a retinografia é monocular.

PARECER - Uso de Lasers de Femtossegundo para Cirurgia de Córnea (FeCOESO)

Denominamos como laser de femtossegundo, os sistemas de laser com pulsos de duração ultra pequena, na faixa de femtossegundo (10^{15} do segundo). Tipicamente, apresentam comprimentos de onda na faixa próxima ao infravermelho (NIR – *near infra-red*). Com estes tipos de laser, é possível concentrar a energia em uma área submicrônica. A precisão deste tipo de laser e a capacidade de programação de tratamentos de acordo com o plano do computador, aumentam significativamente a qualidade da cirurgia corneana, destacando-se a realização do corte lamelar do LASIK.

Destaca-se algumas vantagens do laser de femtosegundo sobre os microcerátomos para confecção do retalho ou flap corneano. O controle da confecção do corte com o laser reduz o risco de complicações que podem ocorrer ao se criar o flap, como perfuração da lamela (*button hole*), corte irregular e corte incompleto. Adicionalmente, a geometria planar do flap e a maior consistência no con-

trole da espessura do corte, reduzem significativamente o risco de cortes mais profundos, que estão associados a um maior risco de desestabilização biomecânica e evolução para ectasia. A maior estabilidade pós-operatória do flap criado pelo femtossegundo está também relacionada com o seu encaixe mais perfeito no leito. Adicionalmente, o impacto do LASIK assistido por laser de femtosegundo é inferior ao realizado pelo microcerátomo na superfície ocular, havendo menor incidência de olho seco e epiteliopatia neurotrófica.

Além da confecção do flap no LASIK, outras aplicações para cirurgia de córnea vêm aumentando a aplicabilidade do laser de femtosegundo. Destacam-se a tunelização para implantes de segmentos de anel estromal, biópsia de córnea, ceratotomia incisional para astigmatismo, ceratoplastia lamelar e penetrante. Tal tecnologia também tem sido utilizada com sucesso para cirurgia da catarata.

PARECER - Uso de Substâncias Viscoelásticas nas Cirurgias de Catarata (CBO/ SBO)

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia esclarecem que a cirurgia de catarata com facoemulsificação exige o uso de viscoelásticos. Estes produtos, embora denominados genericamente de viscoelásticos, são diferentes em sua natureza e comportamento.

Podemos classificá-los em dois grupos mais importantes: coesivos e dispersivos. O ideal seria associar dois viscoelásticos diferentes (um coesivo e outro dispersivo) para a melhor proteção do endotélio corneano.

A metilcelulose não é coesiva e o seu efeito protetor

para o trauma do ultrassom é menor, além de ser também menor sua capacidade de manter a câmara anterior formada durante o processo da facoemulsificação.

Recomenda-se, portanto, o uso de um produto coesivo ou sua associação com um dispersivo.

Quanto às lâminas utilizadas, devem ser de uso úni-

co, de altíssima qualidade para permitir incisões de tamanhos diferentes para cada etapa da cirurgia. A alternativa é substituí-los por bisturi de diamantes, de múltiplo uso, mas de custo muito alto e nem sempre viável para todos os cirurgiões.

Quanto à opção técnica para abordagem da facectomia ela é de exclusiva responsabilidade do cirurgião.

PARECER - Vitrectomia via Pars Plana e Implante de Óleo de Silicone Intravítreo (CBO/ SBO)

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia esclarecem que:

A vitrectomia via pars plana e o implante de óleo de silicone intravítreo são procedimentos distintos e devem ser cobrados separadamente quando realizados simultaneamente.

O implante de óleo de silicone é um procedimento com técnica e estratégia próprias que não estão incluídas no procedimento vitrectomia via pars plana, que

é de realização essencial para a execução do primeiro.

Naturalmente, como prevê a CBHPM, a remuneração será reduzida de 50% no segundo procedimento, porque ambos são realizados pela mesma via.

A remuneração do implante de óleo de silicone como procedimento único, estanque, só terá cabimento se realizado em pacientes já previamente submetido à vitrectomia via pars plana.

PARECER - Fornecimento de Lente de Contato e de Lente Intraocular – Ato Médico, não sujeito a ICMS

Prezados Senhores,

Temos recebido algumas reclamações provenientes de todo o território nacional, relacionadas ao fato de que algumas Secretarias de Fazenda Estaduais, têm exigido Nota Fiscal de Mercadoria para o efetivo pagamento das Lentes de Contato ou Intraoculares, quando adaptadas junto ao paciente. Em relação a este assunto, tecemos algumas relevantes considerações, visando prestar esclarecimentos a todos os interessados.

Inicialmente, há que se lembrar que o Decreto nº 24.492 de 1934 estabeleceu normas sobre a fiscalização dos

estabelecimentos que trabalham com o fornecimento de lentes e também sobre a comercialização desse material. O texto legal, recepcionado pela vigente norma constitucional, esclarece que é da competência exclusiva do médico oculista, atual médico oftalmologista, a indicação da lente. Por isso, aquele que, não sendo médico, indicar o uso de lente de contato estará sujeito a responder, entre outras penalidades previstas em lei, por crime de exercício ilegal da Medicina.

Posteriormente, em 1957 a Lei Federal nº 3.268 criou o Conselho Federal de Medicina – CFM e os Conselhos Regionais, os quais passaram a julgar, disciplinar e fis-

calizar o exercício da profissão do médico.

A Resolução do CFM de nº 1.642 de 2002, estabeleceu a competência das Sociedades Brasileiras de Especialização para emitir diretrizes, protocolos, e entendimentos de suas especialidades, e, no caso da Oftalmologia, esta função está a cargo do CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Assim, em 2006, o CBO, em conjunto com a SBO e a FCOOESO, emitiu Parecer acerca do fornecimento e utilização de lentes intraoculares, e que também se aplica às lentes de contato. O referido Parecer assinalou a importância das próteses e órteses serem fornecidas pelo médico assistente ou pelo centro cirúrgico, preservando, assim, a segurança do paciente, e assegurando a procedência idônea do material a ser adaptado pelo oftalmologista.

No mesmo sentido, há que se ressaltar que a Resolução do CFM nº 1.965 de 2011 considerou como ato médico exclusivo a indicação, a adaptação e o acompanhamento do uso de lentes de contato.

Vale ressaltar que o procedimento adaptação de lente de contato não está elencado no Rol da ANS, possibilitando que a cobertura da Operadora de Plano de Saúde seja opcional, uma vez que os Planos estão vinculados apenas ao que consta no padrão normativo de ações da ANS. Diante disto, cabe ao médico efetuar não o faturamento, mas sim a cobrança particular, quando necessária sua realização.

Sendo a adaptação de lente de contato um ato médico, a mesma não pode ser confundida com ato de comércio sujeito à incidência de ICMS, mesmo porque, “a Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio”, como disposto no artigo IX, Capítulo I do Código de Ética Médica atualizado pela Resolução CFM nº 1.931 de 2009. Por certo que o médico terá que arcar com custos para a aquisição das lentes, para a administração de compra do material, para o controle de estoque e do risco de perda, porque são providências imprescindíveis à prestação do ato médico, devendo, por isso mesmo, merecer o devido ressarcimento.

Perceba-se, no entanto, que em situações como esta acima relatada, não há que se falar em lucro, e sim em ressarcimento dos gastos com as despesas inicialmente geradas.

Esse entendimento foi acolhido por Acórdão do Superior Tribunal de Justiça, de 1992, em julgamento de ação proposta em Minas Gerais que considerou que a adaptação de lente intraocular ou lente de contato, inseria-se na prática da Medicina Oftalmológica, não caracterizando desta forma ato de mercancia, não gerando, por via de consequência, a cobrança de ICM.

Os Eminentíssimos Ministros que compunham a Segunda Turma Recursal do STJ escoraram seus votos em leis que vigoram até a presente data. A decisão foi baseada no Artigo 8º, § 2º, do Decreto Lei nº 406, datado de 1968, posteriormente ratificado, com a aprovação do Decreto Lei nº 834 de 1969, Artigo 3º, Inciso III.

Enquanto não houver decisão contrária àquela prolatada pelo Egrégio STJ, este será o parâmetro que orientará todas as possíveis novas decisões.

O fornecimento de lente intraocular e de lente de contato é ATO MÉDICO, isento de Imposto de Circulação de Mercadoria (ICMS), cabendo apenas a cobrança de Imposto sobre Serviço – ISS, na modalidade de Pessoa Física, Pessoa Jurídica – Uniprofissional e também Pessoa Jurídica Pluriprofissional. A Resolução Normativa da ANS nº 241 de 2010 esclarece que cabe ao prestador de serviço, a cobrança dos custos referentes a armazenamento, distribuição, manipulação, entre outros mais, sem que haja neste ato, qualquer sinônimo de lucro ou prática comercial. Porém há de se ressaltar que, a cobrança de valores acima dos custos correspondentes, por exemplo, à compra, à administração, ao ressarcimento dos impostos atrelados ao serviço prestado, à manutenção e estocagem, pode representar enriquecimento ilícito. O médico ou o serviço (clínicas, hospitais) pagará ISS e Imposto de Renda – IR, na modalidade em que venha se enquadrar.

Observação Esclarecedora:

- 1** – O médico Pessoa Física dará entrada no livro fiscal com o valor do custo de aquisição da lente;
 - 2** – Pessoa Jurídica deverá verificar se o IR é baseado em Lucro Presumido ou Apurado. Caso seja Lucro Presumido, não importará o custo, pois o IR será calculado sobre o faturamento. Caso contrário, deverá dar entrada no Livro Fiscal de Custo.
- Ao longo de mais de dez anos em que atuo em serviços

administrativos e jurídicos na COOESO e FeCOOESO, tomei conhecimento de diversos casos de pacientes que perderam totalmente a capacidade laborativa por conta da utilização de lentes de contato e lentes intraoculares de procedência duvidosa. A segurança quanto à origem do material adaptado ao olho de cada paciente não pode ser negligenciada ou delegada

a comerciantes. A perda pode ser irreparável. Por isso devem os médicos continuar a adaptar lentes de contato sem, contudo, ser obrigados ao recolhimento do ICMS.

GABRIEL CARVALHO

Advogado COOESO

PARECER - Resolução CFM nº 1.956 de 2010 – Prescrição de Materiais Implantáveis

Resolução CFM nº 1.956 de 2010, que trata de prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses, foi editada voltada àqueles que a compõem, ou seja, os médicos.

Parte-se do princípio que pacientes não conhecem sobre as especificidades oriundas de uma lente intraocular, senão o próprio médico oftalmologista.

Neste caso, o médico irá apresentar ao mesmo, características sobre esta lente que não esteja atrelada a uma marca pré-determinada pelo profissional de medicina ou por quem a represente.

O intuito desta Resolução é fazer com que médicos não tenham relações exclusivas com fornecedores, gerando uma espécie de contrato tácito entre as partes, desencadeando um entendimento em que haja vantagens pecuniárias entre fornecedor e médico.

Porém também não podemos nos esquecer que o médico não pode renunciar sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho.

Em outras palavras, o profissional da Medicina poderá, mediante prévio consentimento do paciente, expor o porquê de optar por implantar determinada lente intraocular, visando sempre a realidade patológica enfrentada por àquele.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.931 de 2009, que dita sobre o Código de Ética Médica, esclarece no Capítulo II, artigo II e também no Capítulo V, artigo 32, do DIREITO do médico em indicar ao paciente o procedimento adequado, bem como a VEDAÇÃO do profissional em deixar de utilizar todos os meios de tratamentos, reconhecidos cientificamente em prol do paciente.

Perceba: Não há razão para um oftalmologista determinar uma marca de lente intraocular, havendo no mercado vários fabricantes que disponibilizam órteses que se adequam a características específicas, trazidas pelo próprio médico assistente.

É o parecer.

GABRIEL CARVALHO

Advogado COOESO – RJ

PARECER - Prática de Pacotes e/ou Contratos Envolvendo Drogas Antiangiogênicas

A Lei 9656/98 art. 10 parágrafo V estabelece exclusão de cobertura por parte dos planos privados de assistência à saúde para medicamentos importados não nacionalizados.

Aflibercepte (Eylia) e Ranibizumabe (Lucentis) são indicados e registrados na ANVISA para o tratamento de:

- Degeneração macular relacionada à idade, neovascular (DMRI) (úmida);
- Deficiência visual devido ao edema macular secundário à oclusão da veia central da retina (OVCR) ou oclusão de ramo da veia da retina (ORVR);
- Deficiência visual devido ao edema macular diabético (EMD);
- Deficiência visual devido à neovascularização coroidear secundária à miopia patológica (*).

Do exposto, além de constituir prática irregular celebrar contratos e/ou pacotes que prevejam a cobertura

de um dos fármacos em detrimento do outro, tal situação configura inadmissível interferência e cerceamento de conduta do profissional médico.

(*) - procedimento sem cobertura com base nos critérios estabelecidos pela Resolução Normativa - ANS/nº 428 de 07/11/2017, que fixa as diretrizes de Atenção à Saúde Suplementar e atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

São Paulo, 07 de junho de 2018.

DR MAGNO ANTONIO FERREIRA

Presidente da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo - (SBRV)

DR. JOSÉ AUGUSTO ALVES OTTAIANO

Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO)

PARECER - Indicações de Crosslinking de Colágeno Corneano

O ceratocone é uma distrofia corneana, contínua e progressiva, que gera afinamento e encurvamento anterior da córnea. A "conificação" da córnea faz surgir astigmatismo irregular e assimétrico, geralmente acompanhado por miopia. A apresentação é geralmente bilateral e assimétrica.

Trata-se de condição encontrada em todas as raças, nas diferentes partes do mundo, com prevalência que varia de 4 a 600 casos por 100.000 indivíduos. História familiar está presente de 6 a 8% dos casos, sugerindo herança familiar. Seu aparecimento mais comum ocorre na puberdade, geralmente entre os 13 e os 18 anos de idade.

O ceratocone pode estar associado a doenças sistêmicas como as síndromes de Down, Turner, Ehlers-Danlos, Marfan, além de atopias, osteogênese imperfeita e prolapso da válvula mitral.

As ectasias iatrogênicas da córnea são processos de afinamento e encurvamento progressivos da córnea, simulando o ceratocone, mas que surgem como complicação tardia das cirurgias refrativas da córnea. Sua evolução tende a ser mais rápida e com pouca ou nenhuma relação com a idade do paciente. Em muitos casos, sinais de fragilidade estrutural já estão presentes no pré-operatório, razão da importância de minuciosa pesquisa pré-operatória de possíveis condições predisponentes.

Tanto o ceratocone como a ectasia pós-operatória quando não tratados, podem evoluir com perda progressiva da qualidade e quantidade visual. Inicialmente tratados com uso de lentes corretivas, podem requerer intervenções cirúrgicas como os implantes de anéis intra-estromais e, nos casos mais avançados, o transplante de córnea.

Importante salientar o aspecto sócio-econômico da doença, uma vez que atinge indivíduos jovens, em período de maior capacidade laboral, mas que muitas vezes são impedidos de exercer suas atividades mais simples como conduzir um automóvel.

Estudos sobre o enrijecimento natural das fibras de colágeno, que acontece ao longo da vida, com a consequente estabilização do processo de conificação da córnea, levou ao desenvolvimento do tratamento de crosslinking corneano.

Uma reação fotoquímica combinando um fotoindutor (RIBOFLAVINA) e luz ultra Violeta (UV), promove novas ligações entre as fibras de colágeno, aumentando em até 70 % a rigidez da córnea em estudos laboratoriais. Num primeiro estudo clínico, conduzido por Wollensak e colaboradores, o tratamento mostrou interromper a progressão da doença e levar a um aplanamento topográfico desejável em pacientes portadores de ceratocone.

A partir destes estudos iniciais, diversas observações prospectivas demonstraram resultados semelhantes em pacientes com ceratocone e ectasias corneanas pós cirurgias refrativas.

Diversos trabalhos com número grande de casos estabeleceram a melhor combinação de dose/efeito do tratamento, mas este é um campo em constante evolução. Já se sabe que se faz necessário tomar as devidas precauções para evitar o dano ao endotélio corneano (camada celular interna da córnea), entre elas evitar o tratamento de corneas com espessura inferior a 400 micrômetros.

Mesmo com muita literatura a respeito da eficiência e segurança do procedimento, ainda não há um consenso sobre o momento ideal de realização do Crosslinking nos casos do ceratocone inicial no jovem.

Outras indicações de crosslinking vem surgindo, como no tratamento de ceratites e úlceras infecciosas. Vários estudos demonstraram que o crosslinking pode ter efeito germicida direto, bem como aumentar a resistência tecidual aos danos enzimáticos próprios do processo infeccioso, impedir a replicação microbiana e causar liberação de radicais livres, tornando assim o ambiente hostil aos germes.

O parecer técnico número 41/GEAS/GGRAS/DI-PRO/2018 da ANS em relação à cobertura do tratamento “cross linking corneano”, citando o anexo I da RN 428, de 2017, determina:

“Cobertura obrigatória por planos de segmentação ambulatorial e/ou hospitalar e por planos-referência, conforme indicação do médico assistente. Para tanto, devem ser observadas as condições estipuladas na respectiva Diretriz de Utilização – DUT, que assim se encontra descrita no item 121, do anexo II, da mesma norma:

1. Cobertura obrigatória para tratamento do ceratocone, excluindo-se pacientes com um ou mais dos critérios seguintes:
 - a. Idade superior a 35 anos;
 - b. Acuidade visual com correção pré-operatória melhor que 20/25;
 - c. Espessura corneana menor que 400 micrômetros;
 - d. Infecção herpética prévia;
 - e. Infecção concomitante;
 - f. Cicatriz corneana grave ou opacificação corneana;
 - g. Doença de superfície ocular grave;
 - h. Doença auto-imune.

Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR) entendem que a observância apenas de critérios de exclusão, como orientado pela ANS, poderia levar a interpretações equivocadas, com imprecisão de indicações e contraindicações. Elaboramos, portanto orientações técnicas, com critérios de elegibilidade e também de exclusão, na intenção de auxiliar o processo de indicação.

É importante salientar que não se trata de procedimento frívolo e isento de complicações, bem como não se tem absoluta certeza de sua eficácia em todos os casos.

CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE CROSSLINKING CORNEANO

INDICAÇÃO para tratamento de ectasias corneanas primárias ou secundárias, em pacientes portadores ou não de anel intraestromal, quando o olho a ser tratado preencher o critério do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

Ectasia corneana em evolução pela topografia com aumento maior ou igual a 0,75 dioptrias na ceratome-

tria apical máxima dentro do prazo de seis meses ou aumento maior ou igual a 1 (uma) dioptria dentro do período de acompanhamento topográfico de 1 ano (progressão topográfica)

Grupo II

- a) Acuidade visual com correção pré-operatória melhor que 20/25;
- b) Espessura corneana menor que 400 micrômetros;
- c) Infecção concomitante;
- d) Cicatriz corneana grave ou opacificação corneana;

- e) Doença de superfície ocular grave;
- f) Doença autoimune

São Paulo, 07 de junho de 2018.

Dr. Pedro Paulo Fabri

Presidente do Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR).

Dr. José Augusto Alves Ottaiano

Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO)

PARECER - LIOs Premium em Cirurgias de Facoemulsificação

Ref.: Autorização de Implante de Lente Intraocular “Premium” em cirurgia de Facoemulsificação.

1.- Contexto Histórico

Primeiramente, cabe trazer à baila as discussões ocorridas acerca do assunto e que culminaram no posicionamento atual do CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia:

“LENTES INTRAOCULARES” – “Diversos problemas provocados pelas operadoras” de planos de saúde estavam ocorrendo, comprometendo a segurança das cirurgias, o direito dos beneficiários em optar por melhores recursos, além de interferir na função dos centros cirúrgicos em fornecer material de qualidade para a execução das cirurgias oftalmológicas.

Algumas operadoras adquiriam lotes de lentes intraoculares (LIO) de baixa qualidade exigindo que os oftalmologistas credenciados as implantassem. Os pacientes não tinham o direito, sequer, de optar por outra LIO de melhor padrão ou que oferecesse mais recursos ópticos.

Outras forneciam apenas uma LIO, não considerando a possibilidade de que esta poderia ser contaminada, perder a alça ou rasgar durante seu manuseio. Todas achavam que o problema ocasionado por complica-

ções per operatórias, como rompimento de cápsula posterior, perda de sustentação etc., deviam ser resolvidos pelo cirurgião, às suas custas. Algumas, além de fornecer a LIO diretamente ao paciente, forneciam substâncias visco elásticas que eram levadas para casa e depois para o centro cirúrgico, ocasionando problemas de estocagem indevida.

Mesmo as operadoras que forneciam LIO’s de bom padrão solicitadas por seus credenciados ou cooperados tinham dificuldade em administrar a entrega de centenas de lentes solicitadas semanalmente, o que acarretava suspensão de cirurgias em cima da hora, criando atritos com pacientes e seus familiares.

Estes e outros problemas de menor incidência, mas igualmente preocupantes, levaram a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia do Rio de Janeiro (COESO-RJ) a provocar a Promotoria de Justiça da Defesa do Consumidor do Ministério Público do Rio de Janeiro, em 2007. Foi então estabelecido um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com as operadoras de planos de saúde.

A decisão homologada deixou tácito que as operadoras de planos de saúde devem se abster de fornecer material e medicamentos aos médicos e aos centros cirúrgicos para a realização de cirurgias oftalmológi-

cas. Isto porque ficou claro que a responsabilidade pela escolha, fornecimento e utilização de medicamentos, órteses e próteses é dos médicos e centros cirúrgicos. Portanto, o Termo de Ajuste de Conduta homologado estabeleceu que LIOs, substâncias visco elásticas, kits de facoemulsificação e vitrectomia não poderiam ser enviados pelas operadoras.

A partir desse acordo, coube às operadoras estabelecer contratos de prestação de serviços com os centros cirúrgicos negociando valores para ressarcimento do material gasto – os chamados “pacotes” de taxas, materiais e medicamentos. Tais pacotes não poderiam incluir honorários médicos, nem o valor das LIOs.

Com relação às lentes intraoculares, foi acordado que cada operadora estabeleceria um valor de custeio para cobrir a sua utilização.

Ficou claro, portanto, que as operadoras de planos privados de assistência à saúde, a partir do acordo firmado e homologado pelo Ministério Público, não mais forneceriam LIO, estando somente obrigadas a estabelecer um valor de custeio para as mesmas, que cubra a aquisição de uma boa LIO registrada na ANVISA, para resolver, exclusivamente, o problema da catarata”. (texto de autoria de Dr Nelson T. Louzada – Presidente Fecooeso in www.cooeso.com.br/)

2.- Classificação das LIOS

Há diversas lentes intraoculares disponíveis no mercado. Para facilitar a compreensão, podemos classificá-las em cinco tipos:

- Lentes Monofocais: são as lentes mais utilizadas, tanto no mercado privado quanto no serviço público. Como o próprio nome diz, essas lentes corrigem apenas a miopia ou a hipermetropia por possuírem somente um foco;
- Lentes Multifocais: são lentes de alta tecnologia (Premium) e que corrigem mais de um foco, ou seja, podem corrigir a visão de longe e de perto ou a visão de longe, visão intermediária e visão de perto na mesma lente, fornecendo ao paciente uma maior independência visual. Para algumas situações de leitura, ou tendo por base o grau de exigência do paciente, será necessário ainda o uso de óculos, porém, em frequência bem me-

nor. Por apresentar alta tecnologia na sua construção, constituem lentes com custo mais elevado;

- Lentes Monofocais Tóricas: são também consideradas lentes de alta tecnologia (Premium). Corrigem de maneira eficaz astigmatismo maior que 0,75 graus. Por apresentar alta tecnologia na sua construção, constituem lentes com custo mais elevado;
- Lentes Multifocais Tóricas: Combinam as duas tecnologias, uma vez que as lentes multifocais não têm efeito satisfatório na presença do astigmatismo não corrigido. São indicadas para pacientes que desejam a multifocalidade e apresentam astigmatismo corneal maior que 0.75 D. Por combinar duas altas tecnologias Premium, têm elevado custo entre as lentes intraoculares;
- Lentes de foco estendido: lentes com tecnologia para aumentar a profundidade de foco e diminuir a dependência dos óculos, mesmo não sendo lentes multifocais. São também consideradas lentes de alta tecnologia (Premium). Por apresentar alta tecnologia na sua construção, constituem lentes com custo mais elevado.
- Lentes Pseudoacomodativas: são também consideradas lentes de alta tecnologia (Premium). Tem a capacidade de simular a acomodação natural do cristalino para corrigir a visão de longe, intermediária e de perto. Por apresentar alta tecnologia na sua construção, constituem lentes com custo mais elevado.

Obs – atualmente no Brasil, não temos esta opção como escolha dos cirurgiões;

Todos os tipos de lentes intraoculares acima descritos podem ainda ser esféricas, que não corrigem aberrações esféricas, e asféricas, quando as aberrações são corrigidas e, em determinados casos, levam a uma visão mais definida. As lentes asféricas, por apresentarem alta tecnologia, são lentes com custo mais elevado e são também consideradas Premium.

Para indicação do tipo de lente intraocular a ser utilizada, faz-se necessário exame oftalmológico completo levando-se em conta o estilo de vida bem como as necessidades do paciente.

3.- Do parecer

A cirurgia para extração do cristalino cataratoso (cirurgia de catarata) é contemplada pela Resolução Normativa – ANS nº 428 de 07/11/2017, que fixa as diretrizes de Atenção à Saúde Suplementar e atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Assim, a cobertura para este evento é de caráter obrigatório pelos planos privados de assistência à saúde. Tendo em vista que órteses e próteses, cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, têm cobertura obrigatória nos planos regulamentados pela Lei n.º 9.656/1998, a lente intraocular se enquadraria no mesmo critério.

Todavia, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) emitiu parecer acerca do assunto acerca dos procedimentos de informação e cobrança, quando couber, a serem expostos aos pacientes sobre lentes intraoculares nas diversas modalidades de cirurgias de catarata. Como se segue:

“Catarata é uma opacidade do cristalino que pode levar a degradação de sua qualidade ótica (CID 9 #366). A finalidade precípua da cirurgia de catarata com implante de lente intraocular é substituir o cristalino opaco por uma prótese (lente intraocular). Trata-se dos procedimentos “Facectomia com lente intraocular com facoemulsificação” (3.03.06.02-7) ou “Facectomia com lente intraocular sem facoemulsificação” (3.03.06.03-5)

Outra possibilidade é a realização de cirurgia de catarata utilizando lentes intraoculares com características especiais que podem trazer correção de outras alterações visuais não corrigidas com as lentes intraoculares monofocais esféricas, como lentes intraoculares tóricas, bifocais, multifocais, acomodativas e asféricas.

Considerando que a facectomia com implante de lente intraocular com ou sem facoemulsificação integra o Rol de Procedimentos e Eventos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde assumem a responsabilidade do abono para a aquisição de uma lente intraocular monofocal esférica, devidamente registrada na ANVISA. Esta cobertura não se estende para a utilização de lentes intraoculares de características especiais que possam corrigir aberrações de alta ordem, astigmatismo e presbiopia.

Neste caso, a diferença dos valores entre as lentes intraoculares esféricas abonadas pelas operadoras de saúde e aquelas de características especiais, caberá ao paciente, que deverá ter ciência disso e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O CBO mais uma vez alerta seus associados e ao público em geral que estão disponíveis em seu portal modelos de documentos que orientam sobre a melhor prática na implantação e na cobrança de lentes intraoculares de características especiais.”

Cumprido esclarecer que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO contestou o Parecer Técnico 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acerca do assunto através do Ofício CSS-Pres nº 200-2017 - Parecer Técnico nº 21-GEAS-GGRAS-DIPRO-2016. Diante de tal fato a agência emitiu o Parecer Técnico 22/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 onde destaca que, “os tratamentos estritos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente; portanto, não possuem cobertura obrigatória”.

Diante do exposto, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO reconhece o direito das operadoras de determinarem valor teto para custeio de lentes intraoculares, deixando que pacientes e médicos decidam as diferenças quando estas existirem. Portanto, o mais adequado seria estabelecer valor referência que garanta a aquisição de uma LIO de bom padrão, nacionalizada (c/ registro ANVISA) monofocal esférica assumindo assim, a responsabilidade por um valor determinado para a prótese, não sendo necessariamente obrigadas a cobrirem o valor integral para aquisição de LIO diversa. A diferença para a aquisição de uma LIO tipo Premium caberia ao paciente, que deverá ter ciência disso e assinar o Termo de Consentimento (em anexo a este parecer).

O prestador solicitante, por sua vez, deverá passar ao paciente as informações sobre o porquê da indicação do uso de lente Premium caso venha a indicar este tipo de LIO.

Ressalta-se que se torna necessário que o paciente seja muito bem esclarecido pelo médico para minimizar o risco de judicialização.

4.- Conclusão

Este parecer sugere que AS OPERADORAS de planos privados de assistência à saúde estabeleçam valor teto para aquisição de LIO esférica, devidamente registrada na ANVISA e oriente seus cooperados oftalmologistas a adotar o TCIE – Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (modelo em anexo).

Assim, qualquer LIO que seja enquadrada como Premium, não será considerada, tendo em vista o conteúdo deste parecer, como sendo de cobertura obrigatória. Além disto, o fato de possuir propriedade multifocal enseja que a LIO visa também corrigir a presbiopia, algo

que poderia ser alcançado com o uso de órtese (óculos).

Este é o parecer, salvo melhor juízo.

São Paulo, 07 de junho de 2018.

Dr. Pedro Paulo Fabri

Presidente do Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR).

Dr. José Augusto Alves Ottaiano

Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO)

PARECER - Conselho Federal de Medicina sobre o uso de Técnica Cirúrgica de Crosslink de Colágeno para Tratamento de Ceratocone

Após as conclusões do processo-consulta ao CFM número 1.923/10, a técnica de Crosslink da Córnea deixou de ser considerada experimental no Brasil.

Entretanto, até a data de publicação deste anexo, em agosto de 2013, este procedimento não consta no ROL da ANS. Logo, as Operadoras de Plano de Saúde não são obrigadas a cobrir os custos deste procedimento. A seguir, estão transcritas as conclusões do parecer.

CONCLUSÕES

Considerando que:

- 1) O ceratocone é uma doença progressiva; Afeta uma população jovem;
- 2) Pode causar baixa visual significativa, inclusive cegueira legal (visão menor que 20/200 no melhor olho);
- 3) Pode ser necessária a realização de um transplante de córnea em mais de 10% dos casos;
- 4) Várias complicações podem ocorrer durante e após um transplante;

5) A reabilitação visual pós-transplante é lenta (aproximadamente um ano);

6) A maioria dos pacientes transplantados necessita de lentes de contato rígidas ou cirurgia refrativa para terem boa visão;

7) O cross-linking do colágeno córneo é um procedimento que aumenta a rigidez córnea em até 3x;

8) Pode estabilizar o ceratocone em mais de 90% dos casos (em alguns estudos, em 100%);

9) O risco pré-operatório e de complicações pós-operatórias é pequeno (menor que 1%);

10) É um procedimento realizado em várias partes do mundo, com inúmeros artigos publicados nos últimos 8 anos.

Conclui-se que o crosslinking do colágeno córneo é um procedimento eficaz, com baixo índice de complicações, podendo ser indicado para pacientes com ceratocone progressivo ou ectasia progressiva pós-cirurgia refrativa. Tem como objetivo retardar e/ou estabilizar a progressão da doença

ceratocone e não é mais considerado procedimento experimental.

Ressalve-se, contudo, que não deve ser aplicado em pacientes:

- 1) portadores de córnea com espessura inferior a 400µm, com acompanhamentos em estral da topografia córnea;
- 2) portadores de córnea com estrias;
- 3) com idade de limítrofe de 40 anos, por não haver evidências de resultados clínicos citados pela literatura.

A bibliografia consultada encontra-se relacionada no Anexo, com os originais das referências consultadas.

Este é o parecer, SMJ.

Salvador-BA, 29 de setembro de 2010

Dra. Tânia Schaefer

Relatora Membro da Câmara Técnica de Oftalmologia do CFM

Cons. José Fernando Maia Vinagre

Coordenador da Câmara Técnica de Oftalmologia do CFM

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

- 1) Wollensak G, Spoerl E, Riboflavin/ultraviolet-A-induced crosslinking for the treatment of keratoconus. Am J Ophthalmol. 2003;135:620-627.
- 2) Spoerl E, Huhle M, Seiler Th. Induction of cross links in corneal tissue. Exp Eye Res. 1998; 66:97- 103.
- 3) Kolli S, Aslanides IM. Safety and efficacy of collagen crosslinking for the treatment of keratoconus. Expert Opin Drug Saf. 2010 Jun
- 4) Raiskup-Wolf F, Hoyer A, Spoerl E, Pillunat LE. Collagen crosslinking with riboflavin and ultraviolet- A light

in keratoconus: long-term results. J Cataract Refract Surg. 2008.

- 5) Koller T, Mrochen M, Seiler T. Complication and Seiler Th. Collagen failure rates after corneal crosslinking. J Cataract Refract Surg. 2009 Aug; 35(8):1358-62.
- 6) Coskunseven E, Jankov MR 2nd, Hafezi F. Contralateral eye study of corneal collagen cross-linking with riboflavin and UVA irradiation in patients with keratoconus. J Refract Surg. 2009 Apr; 25(4):371-6.
- 7) Grewal DS, Brar GS, Jain R, Sood V, Singla M, Grewal SP. Corneal collagen crosslinking using riboflavin and ultraviolet-A light for keratoconus: one-year analysis using Scheimpflug imaging. J Cataract Refract Surg. 2009 Mar;35(3):425-32.
- 8) Iovieno A, Oechsler RA, Yoo SH. Long-term results of collagen crosslinking with riboflavin and UVA in keratoconus. J Cataract Refract Surg. 2008 May; 34(5):796-801.
- 9) Wittig-Silva C, Whiting M, Lamoureux E et al. A randomized controlled trial of corneal collagen cross-linking in progressive keratoconus: preliminary results. J Refract Surg. 2008.
- 10) Mackool RJ. Crosslinking for iatrogenic keratectasia after LASIK and for keratoconus. J Cataract Refract Surg. 2007 Dec;33(12):2035-40.
- 11) Kymionis G, Portaliou D. Corneal crosslinking with riboflavin and UVA for the treatment of keratoconus. J Cataract Refract Surg. 2006 May;32(5):837-45.
- 12) Wollensak G. Crosslinking treatment of progressive keratoconus: new hope.
- 13) Curr Opin Ophthalmol. 2006 Aug;17(4):356-60.
- 14) Cornea. 2007 May;26(4):385-9.
- 15) Spoerl E, Mrochen M, Sliney D, Trokel S, Seiler T. Safety of UVA-riboflavin cross-linking of the cornea.

Termo de Ciência – Reembolso de Lente Intraocular ao Paciente

Eu ____ portador da identidade nº ____, CPF nº ____, residente e domiciliado ____ e possuidor do plano de saúde ____ de categoria ____, declaro ter tomado conhecimento que meu plano de saúde cobre integralmente as lentes intraoculares (Lios) com a finalidade de resolver exclusivamente a substituição do cristalino opacificado (catarata), ou seja, as Lios de característica “monofocal esférica”, usadas nos procedimentos de Facectomia com lente intraocular com ou sem Facoemulsificação (3.03.06.03-5 e 3.03.06.02-7) quando devidamente registradas na ANVISA. O valor referente a esta lente que é de R\$ ____ (____) será reembolsado a mim, posteriormente, por minha Operadora de Plano de Saúde.

Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por outra lente cuja finalidade não seja exclusivamente a correção da catarata e que, portanto, fuja da cobertura obrigatória, e seja de custo superior ao pago pela minha Operadora de Plano de Saúde, todo custo adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não me reembolsará qualquer quantia adicional. Estas lentes intraoculares opcionais seriam:

- 1) Lentes Intraoculares esféricas – para corrigir aberrações ópticas oculares;
- 2) Lentes Intraoculares tóricas – para corrigir astigmatismo;
- 3) Lentes Intraoculares multifocais – para corrigir;
 - a. Múltiplas distâncias de foco;
 - b. Diferentes distâncias de foco;
 - c. Mais de uma distância de foco.

Data ____ Local ____

Assinatura do Paciente ____

Assinatura da 1ª Testemunha ____

Nome da 1ª Testemunha ____ CPF ____

Assinatura da 2ª Testemunha ____

Nome da 2ª Testemunha ____ CPF ____

Termo de Ciência – Lente Intraocular – Pagamento Direto em Conta Hospitalar

Eu ____ portador da identidade nº ____, CPF nº ____, residente e domiciliado ____ e possuidor do plano de saúde ____ de categoria ____, declaro ter tomado conhecimento que o meu plano de saúde cobre integralmente as lentes intraoculares (Lios) com a finalidade de resolver exclusivamente a substituição do cristalino opacificado (catarata), ou seja, as Lios de característica “monofocal esférica”, usadas nos procedimentos de Facetomia com lente intraocular com ou sem Facoemulsificação (3.03.06.03-5 e 3.03.06.02-7) quando devidamente registradas na ANVISA. O valor referente a esta lente que é de R\$ ____ (____) será pago diretamente pela Operadora ao Prestador de Serviço.

Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por outra lente cuja finalidade não seja exclusivamente a correção da catarata e que, portanto, fuja da cobertura obrigatória, e seja de custo superior ao pago pela minha Operadora de Plano de Saúde, todo custo adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não me reembolsará qualquer quantia adicional.

Estas lentes intraoculares opcionais seriam:

- 1) Lentes Intraoculares esféricas – para corrigir aberrações ópticas oculares;
- 2) Lentes Intraoculares tóricas – para corrigir astigmatismo;
- 3) Lentes Intraoculares multifocais – para corrigir:
 - a. Múltiplas distâncias de foco;
 - b. Diferentes distâncias de foco;
 - c. Mais de uma distância de foco.

Data: ____ Local: ____

Assinatura do Paciente ____

Assinatura da 1ª Testemunha: ____

Nome da 1ª Testemunha: ____ CPF: ____

Assinatura da 2ª Testemunha: ____

Nome da 2ª Testemunha: ____ CPF: ____



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

PATRONOS 2019

Alcon

