



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMSE - 2ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE SÃO PAULO  
(Hospital Militar de CI São Paulo/1890)**

**ANEXO II**

**AO TERMO DE ADITIVO Nº027/2012- H MIL A SÃO PAULO**

**TABELA DE PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES**

| TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES DE 2012- HOSPITAL BANDEIRANTES   |   |        |              |
|---|---|--------|--------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO                                       | UNID.  | VALOR R\$    |
| DIÁRIAS HOSPITALARES  |   |        |              |
| 1001  | DIÁRIA DE APARTAMENTO                           | DIÁRIA | R\$ 441,00   |
| 1002  | DIÁRIA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS                | DIÁRIA | R\$ 221,00   |
| 1003  | DIÁRIA DE UTI                                   | DIÁRIA | R\$ 1.008,00 |
| 1005  | DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE APARTAMENTO/ ENFERMARIA | DIÁRIA | R\$ 476,00   |
| 1006  | DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI                     | DIÁRIA | R\$ 1.249,00 |
| 1021  | MEIA DIÁRIA CLINICA/ CIRURGICA DE APARTAMENTO   | DIÁRIA | R\$ 221,00   |
| (Conforme previsto no anexo VI do Edital de Credenciamento)   |   |        |              |
| 1.1 Quarto privativo (apartamento simples) - Quarto semi-privativo – Enfermaria - Isolamento - Berçário: normal e patológico e Hospital/dia.  |   |        |              |
| 1.1.1 Deverão estar inclusos no valor das diárias:  |   |        |              |
| a. leito próprio (cama e berço);  |   |        |              |
| b. troca de roupa de cama do paciente;  |   |        |              |
| c. troca de roupa de cama do acompanhante;  |   |        |              |
| d. serviços e materiais utilizados na desinfecção ambiental;  |   |        |              |
| e. alimentação do paciente: dieta conforme prescrição médica, exceto dietas especiais, tais como: dietas enterais e por sonda nasogástrica;   |   |        |              |
| f. assistência de enfermagem: higiene pessoal do paciente; locomoção interna e mudança de decúbito; preparo do paciente para cirurgias ou para quaisquer outros atos médicos; controle de sinais vitais e balanço hídrico; administração de medicamentos todas as vias; inalação; aspiração; curativos; transporte de aparelhos e equipamentos. |   |        |              |
| 1.2 Unidade de Terapia Intensiva: UTI adulto, UTI pediátrica e Neo-natal, Isolamento e Unidade de Terapia Semi Intensiva (UTSI)   |   |        |              |
| 1.2.1 Deverão estar inclusos no valor das diárias:  |   |        |              |
| a. todos os itens constantes do subitem 1.1.1 acima, acrescidos dos seguintes equipamentos: Monitor cardíaco, Desfibrilador/Cardio-versor, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo.  |   |        |              |
| b. UTI Neo natal: equipamentos acima descritos acrescido de: incubadora/berço aquecido.   |   |        |              |
| 1.3 Não estão inclusos na composição das diárias:   |   |        |              |

| <b>a. materiais e Medicamentos dos cuidados de enfermagem;</b><br><b>b. utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico.</b> |  |        |            |
|--|--|--------|------------|
| <b>TAXAS DE SALA</b>   |  |        |            |
| 2001   | TAXA DE SALA CIRÚRGICA ESPECIAL (PORTES 6 E 7)         | TAXA   | R\$ 776,00 |
| 2002   | TAXA DE SALA CIRÚRGICA GRANDE (PORTES 4 E 5)           | TAXA   | R\$ 583,00 |
| 2003   | TAXA DE SALA CIRÚRGICA MÉDIA (PORTES 2 E 3)            | TAXA   | R\$ 440,00 |
| 2004   | TAXA DE SALA CIRÚRGICA PEQUENA (PORTES 0 E 1)          | TAXA   | R\$ 211,00 |
| 2005   | TAXA DE SALA DE ANESTESIA                              | TAXA   | R\$ 135,00 |
| 2006   | TAXA DE SALA DE ANGIOGRAFIA DIGITAL                    | TAXA   | R\$ 617,00 |
| 2007   | TAXA DE SALA DE ENDOSCOPIA/ COLONOSCOPIA/ BRONCOSCOPIA | TAXA   | R\$ 245,00 |
| 2008   | TAXA DE SALA DE GESSO E IMOBILIZAÇÃO/ PS               | TAXA   | R\$ 142,00 |
| 2009   | TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE                            | TAXA   | R\$ 440,00 |
| 2010   | TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO (6 HORAS) -AMB/ PS          | TAXA   | R\$ 106,00 |
| 2011   | TAXA DE SALA DE SUTURA/ PS/ AMBULATORIO                | TAXA   | R\$ 108,00 |
| 2012   | TAXA DE HORA ADICIONAL EM SALA CIRURGICA               | TAXA   | R\$ 129,00 |
| 3004   | C.P.A.P - EXERCICIO RESPIRATORIO                       | SESSÃO | R\$ 15,00  |
| 3007   | DIÁLISE PERITONEAL - 24 HORAS                          | SESSÃO | R\$ 178,00 |
| 3009   | IRRIGAÇÃO CONTÍNUA (INSTALAÇÃO)                        | TAXA   | R\$ 9,00   |
| 3010   | LAVAGEM GÁSTRICA/ VESICAL/ INTESTINAL                  | SESSÃO | R\$ 19,00  |
| 3011   | NEBULIZAÇÃO CONTINUA                                   | TAXA   | R\$ 29,00  |
| 3012   | PASSAGEM DE Sonda NASOENTÉRICA                         | TAXA   | R\$ 21,00  |
| 3013   | PVC (CONTROLE DE PRESSÃO VENOSA)                       | SESSÃO | R\$ 33,00  |
| 3016   | RETIRADA DE GESSO                                      | TAXA   | R\$ 25,00  |
| 3017   | SONDAGEM GÁSTRICA/ VESICAL/ RETAL                      | SESSÃO | R\$ 25,00  |
| 3018   | TAXA DE PREPARO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL                 | TAXA   | R\$ 24,00  |
| 3019   | TAXA DE PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTERAL              | TAXA   | R\$ 24,00  |
| 3020   | TAXA DE QUIMIOTERAPIA (PREPARO)                        | TAXA   | R\$ 108,00 |
| 3021   | TAXA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA                     | TAXA   | R\$ 106,00 |
| 3024   | TRICOTOMIA   | TAXA   | R\$ 20,00  |
| 3025   | DRENAGEM PLEURAL, TORACICA E OUTROS                    | SESSÃO | R\$ 73,00  |
| 3026   | FLEBOTOMIA   | TAXA   | R\$ 41,00  |
| 3027   | INSTALAÇÃO DE CATETER DE TENKOFF                       | TAXA   | R\$ 41,00  |
| 3028   | INSTALAÇÃO DE CATETER E TRIPLO LUMEN                   | TAXA   | R\$ 41,00  |
| 3029   | INSTALAÇÃO DE CATETER INSTRACATH                       | TAXA   | R\$ 41,00  |
| 3030   | INSTALAÇÃO DE CATETER SWAN GANZ                        | TAXA   | R\$ 41,00  |
| 3032   | PUNÇÃO ABDOMINAL/ LOMBAR/ TORACICA E OUTRAS            | TAXA   | R\$ 40,00  |

2.1 Sala em Centro Cirúrgico baseado no Porte Anestésico da Tabela da AMB: Salas cirúrgicas Porte 2 a 7(AMB) e Recuperação pós-anestésico

2.1.1 Deverão estar inclusos no valor das Taxas – Salas de porte 2 a 7 (AMB):

**a.** local, iluminação/focos e mesa operatória; Rouparia da sala, dos médicos e enfermagem; Hamper; Assistência de enfermagem para o procedimento, inclusive tricotomia; Assepsia e antisepsia (equipe, paciente e ambiente); Controle de sinais vitais; Curativos; Locomoção do paciente.

**b.** instrumental básico; Bisturi elétrico; Aparelho de anestesia; Monitor de gases anestésicos; Monitores de pressão arterial ou venosa central (todos os tipos); Monitor cardíaco; Oxímetro de pulso; Desfibrilador/Cardio versor; Respirador de pressão e volume; Aspirador.

**c.** os valores das taxas de salas cirúrgicas apresentados deverão corresponder à até 2 (duas) horas de utilização; após esse período cada hora ou fração será remunerada com acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre o valor da taxa.

**Obs.:** a cobrança de taxa de sala de recuperação pós-anestésica será permitida somente nos casos de pacientes que foram submetidos à anestesia geral, peridural ou ráqui.

2.2 Centro obstétrico: - todos os itens constantes do subitem 2.1.1, acrescidos de Kit mesa de reanimação de RN.

2.3 – Taxas de salas fora do centro cirúrgico

2.3.1 Deverão estar inclusos no valor da taxa, os materiais a seguir, pertinentes à respectiva sala :

2.3.1.1 Local, iluminação/focos e Mesa principal e auxiliares; Rouparia da sala, dos médicos e enfermagem; Hamper; Assistência de enfermagem para o procedimento e preparo do paciente; Assepsia e antissepsia ( paciente, ambiente e instrumental); Bisturi elétrico; Aparelho de anestesia; Instrumental cirúrgico; Eletrocardiógrafo.

2.3.2 Não estão inclusos na composição das taxas:

2.3.2.1. Materiais de consumo (descartáveis ou não) e Medicamentos dos cuidados de enfermagem; Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não discriminados no subitem 3.1.

| TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS |   |     |            |
|------------------------------------|---|-----|------------|
| 4003                               | BALÃO INTRAORTICO                                 | DIA | R\$ 265,00 |
| 4004                               | BALÃO INTRAORTICO (C. CIR./ HEMODINÂMICA)         | USO | R\$ 53,00  |
| 4005                               | BISTURI ELÉTRICO VALLEY LAB                       | USO | R\$ 65,00  |
| 4006                               | BISTURI ULTRASSONICO                              | USO | R\$ 154,00 |
| 4007                               | BOMBA DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA                     | USO | R\$ 189,00 |
| 4008                               | BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPOREA                 | USO | R\$ 208,00 |
| 4009                               | BOMBA DE INFUSÃO (Qualquer quantidade)            | DIA | R\$ 231,00 |
| 4010                               | BOMBA DE SUCÇÃO CONTINUA                          | DIA | R\$ 113,00 |
| 4012                               | CAPNOGRAFO (C.CIR/ HEMODINÂMICA)                  | USO | R\$ 63,00  |
| 4013                               | CELL SAVER (APENAS EQUIPAMENTO)                   | USO | R\$ 117,00 |
| 4014                               | CITOSCOPIO  | USO | R\$ 110,00 |
| 4015                               | COLCHÃO TERMICO/ AGUA/ AR                         | USO | R\$ 22,00  |
| 4017                               | FACOEMULSIFICADOR                                 | USO | R\$ 136,00 |
| 4019                               | GARROTE PNEUMÁTICO                                | USO | R\$ 41,00  |
| 4021                               | INTENSIFICADOR DE IMAGEM (RX)                     | USO | R\$ 98,00  |
| 4022                               | LIPOASPIRADOR                                     | USO | R\$ 150,00 |
| 4023                               | LITOTRIPTOR (CALCUPIT)                            | USO | R\$ 256,00 |
| 4024                               | MARCAPASSO TEMPORARIO – EXTERNO                   | DIA | R\$ 96,00  |
| 4026                               | MICROSCOPIO CIRÚRGICO                             | USO | R\$ 124,00 |
| 4030                               | MONITOR DE DEBITO CARDIACO (SWAN GANZ)            | DIA | R\$ 28,00  |
| 4031                               | MONITOR DE PRESSÃO INTRACRANIANA                  | DIA | R\$ 163,00 |
| 4034                               | MONITOR DE PRESSÃO INVASIVA (C.CIR/ HEMODINAMICA) | USO | R\$ 22,00  |
| 4037                               | NEFROSCOPIO                                       | USO | R\$ 149,00 |
| 4038                               | OXIMETRO CEREBRAL                                 | DIA | R\$ 42,00  |
| 4039                               | OXIMETRO DE BULBO JUGULAR                         | DIA | R\$ 42,00  |
| 4042                               | PERFURADOR OSSEO                                  | USO | R\$ 35,00  |
| 4043                               | QUADRO BALCANICO/ TRAÇÃO ORTOPEDICA               | USO | R\$ 40,00  |
| 4044                               | RESPIRADOR A PRESSÃO                              | DIA | R\$ 159,00 |
| 4045                               | RESPIRADOR A VOLUME                               | DIA | R\$ 183,00 |
| 4046                               | RESSECTOSCOPIO                                    | USO | R\$ 149,00 |
| 4047                               | SERRA ELETRICA                                    | USO | R\$ 41,00  |
| 4048                               | URETERORRENOSCOPIO                                | USO | R\$ 323,00 |
| 4049                               | URETROTOMO  | USO | R\$ 90,00  |
| 4050                               | VIDEO ARTROSCOPIO CIRURGICO                       | USO | R\$ 490,00 |
| 4051                               | VIDEO LAPAROSCOPIO CIR                            | USO | R\$ 459,00 |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| 4057  | VIDEO OTORRINOSCOPIO   | USO                 | R\$ 490,00 |
| 3.1. Aparelhos/Equipamentos destinados a um procedimento médico específico em intervenção cirúrgica ou destinados a um tratamento específico.                               |  |                     |            |
| 3.2. A taxa não poderá ser cobrada quando o uso de qualquer aparelho, estiver incluído nos valores das Diárias de UTI ; nas Taxas de Sala em Centro Cirúrgico ou fora dele. |  |                     |            |
| <b>GASOTERAPIA</b>  |  |                     |            |
| 5001  | AR COMPRIMIDO  | HORA                | R\$ 14,00  |
| 5002  | GAS CARBONICO  | HORA                | R\$ 20,00  |
| 5003  | HÉLIO  | DIA                 | R\$ 4,00   |
| 5004  | NITROGÊNIO   | USO                 | R\$ 36,00  |
| 5005  | OXIGÊNIO   | HORA                | R\$ 17,00  |
| 5007  | PROTOXIDO DE AZOTO   | HORA                | R\$ 47,00  |
| 5.1. Os gases utilizados serão cobrados por hora ou fração.   |  |                     |            |
| <b>PROCEDIMENTO</b>   |  |                     |            |
| 6153  | LITOTRIPSIA ORTOPEDICA   | SESSÃO              | R\$ 367,00 |
| 25110004  | OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA<br>Obs.: Período de 2 hr com acompanhante médico e de enfermagem, uso do equipamento e oxigênio 100% medicinal. | SESSÃO              | R\$ 354,00 |
| <b>HONORÁRIOS</b>   |  |                     |            |
| CONSULTA AMBULATORIAL   |  | 0,42 CH             |            |
| CONSULTA PRONTO SOCORRO   |  | 0,42 CH             |            |
| CH H.M.   |  | 0,31                |            |
| CH SADT   |  | 0,25                |            |
| FILME M²  |  | AMB 92              |            |
| BANCO DE SANGUE   |  | 1,5 AMB. 92         |            |
| TESTE NAT   |  | AMB 96 – 20%        |            |
| ORTESE/ PRÓTESE/ MATERIAL ESPECIAL  |  | N.F. + 10%          |            |
| MATERIAL  |  | SIMPRO + 10%        |            |
| MEDICAMENTO   |  | BRASÍNDICE PF + 38% |            |

São Paulo - SP, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE SÃO PAULO**  
**MARCELO PAIVA DE OLIVEIRA- CEL MED**  
**DIRETOR DO HMASP**  
**CREDENCIANTE**

---

**SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES**  
**ROSA STRUMPF**  
**DIRETORA VICE PRESIDENTE FINANCEIRA**  
**CREDENCIADA**

---

**SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES**  
**EDIS TRINDADE**  
**DIRETOR VICE PRESIDENTE ADMINISTRATIVA**  
**CREDENCIADA**