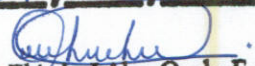




ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO VERDE
IPARV – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE RIO VERDE

Documento Resolução 03/2018
Publicado no placar do Instituto
de previdência e Assistência dos
servidores do Município de Rio
Verde-IPARV
EM: 14 / 11 / 2018


~~Ana Flávia Lobo O. de Faria~~
OAB/GO nº 22.659
IPARV

RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 03/2018

O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE RIO VERDE – IPARV, no uso de suas atribuições
legais,

Considerando a Reunião Ordinária do Conselho Gestor do IPARV realizada
aos dias 14 de novembro de 2018,

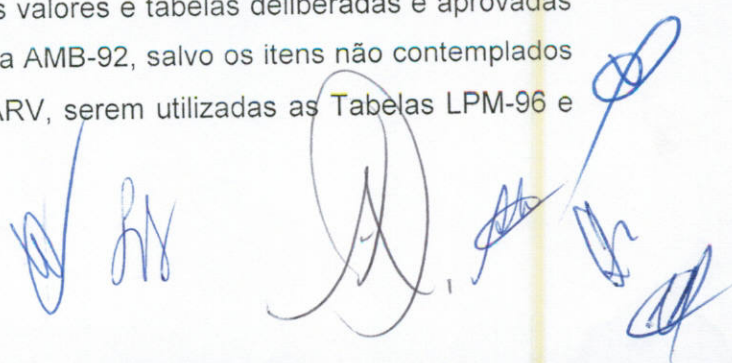
Considerando a necessidade de regularização e fixação de valores e Tabelas
para os Credenciamentos de Prestação de Serviços na Área da Saúde junto ao
IPARV-Assistência para o exercício de 2019, e

Considerando a relevância dos serviços na área da saúde aos
beneficiários do IPARV-Assistência,

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar as tabelas de Valores de Remuneração de Serviços de
Saúde junto ao IPARV-Assistência para o exercício de 2019, nas áreas médica,
hospitalar, ambulatorial, clínica, laboratorial, odontológica, anesthesiológica,
psicológica, fisioterapeuta, nutricional, dentre outros, conforme anexos desta
Resolução Normativa.

Parágrafo Único. A remuneração dos credenciados, sejam pessoas
jurídicas ou físicas, será de acordo com os valores e tabelas deliberadas e aprovadas
pelo Conselho Gestor do IPARV e a Tabela AMB-92, salvo os itens não contemplados
na mesma, que poderão, a critério do IPARV, serem utilizadas as Tabelas LPM-96 e
CBHPM 4ª Edição.



§ 1º. Os medicamentos, materiais e soluções restritos a Hospitais, que não constam na tabela TNUMM- TISS – 3.0 de Rio Verde, serão pagos conforme tabela BRASÍNDICE terão o preço de fábrica acrescido de 17% (dezessete por cento).

§ 2º. REVOGADO.

§ 3º. REVOGADO.

Art. 3º. Estão excluídos da cobertura do IPARV-Assistência os seguintes procedimentos:

I – Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrotermais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

II – Consultas domiciliares e medicamentos para tratamento domiciliar, Home Care;

III – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, bem como medicina ortomolecular e mineralograma de cabelos e nutrologia;

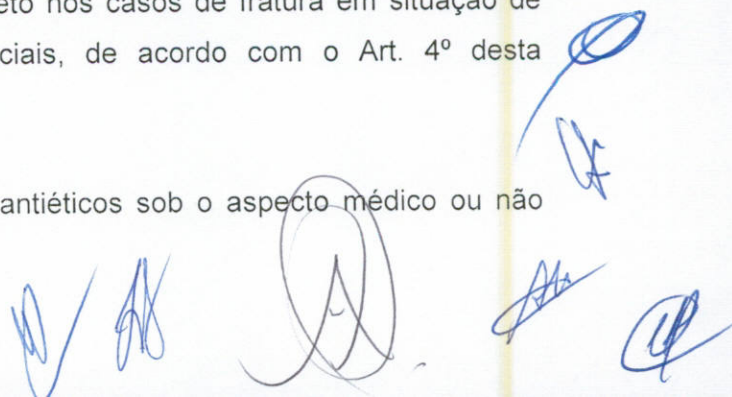
IV – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial e tratamentos medicamentosos (hormonal);

V – Hemodiálise, diálise peritoneal, exceto em casos de pacientes em UTI com urgência dialítica;

VI – Fornecimento de medicamentos importados ou não nacionalizados e off label;

VII – Próteses e órteses, exceto nos casos de fratura em situação de urgência e emergência e, materiais especiais, de acordo com o Art. 4º desta Resolução.

VIII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos sob o aspecto médico ou não conhecidos pelas autoridades competentes;



IX – Quaisquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica;

X – Utilização de serviços médicos ou hospitalares sem ter cumprido o período de carência previsto na legislação;

XI – Internação para tratamento fisioterápico;

XII – Enfermagem particular;

XIII – Tratamento esclerosante de varizes de membros inferiores;

XIV – Vacinas preventivas;

XV – Atendimento ao filho do segurado titular nascido e não-inscrito no IPARV-Assistência a partir do 30º (trigésimo) dia após a data do nascimento;

XVI – Hidroginástica e reeducação postural global (RPG), quiropraxia, pilates e acupuntura;

XVII – Cirurgia bariátrica sob qualquer circunstância;

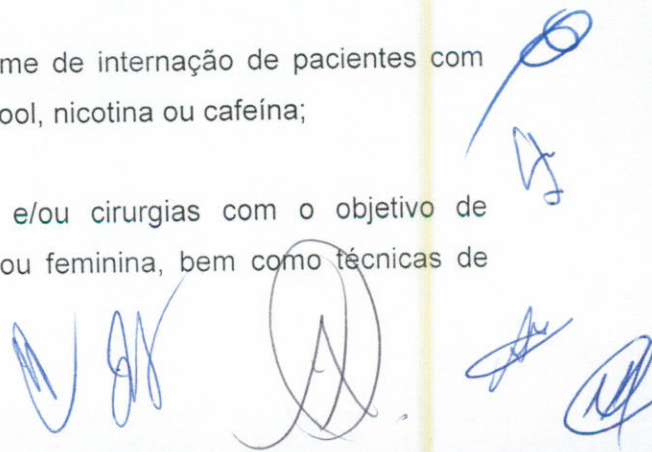
XVIII – Antibióticoterapia em pronto atendimento e o medicamento noiripurum;

XIX – Fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;

XX – Transplantes de qualquer natureza;

XXI – Tratamento clínico sob regime de internação de pacientes com diagnóstico primário de dependência química, álcool, nicotina ou cafeína;

XXII – Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação e inseminação assistida;



XXIII – Exames médicos para clubes, academias, avaliação vocacional e outros exames que não sejam para tratamento com a saúde;

XXIV – Quimioterapia oral, intratecal, venosa e as que demandem internação;

XXV – Tratamento de câncer (radioterapia, incluindo radiomoldagens, radioimplantes, braquiterapia e quimioterapia,

XXVI – Medicamentos frutose, neo-cebetil, frutoplex e similares, utilizados no pronto atendimento e internações;

XXVII – Equipamento de proteção individual – EPI, exceto luva estéril e luva de procedimento, também estão sujeitos a avaliação de auditoria;

XXVIII – Taxa de utilização para isolamento sem autorização prévia da Auditoria Médica do Instituto (a patologia deve estar de acordo com o diagnóstico e com o parecer da CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);

XXIX – Material permanente e implantáveis e a manutenção deste.
ex:marca passo, stents vasculares;

XXX – Placa de hidrocolóide (curativo), exceto em UTI Neo natal.

XXXI – Nutrição parenteral e enteral, excetos nos casos de pacientes internados em UTI com risco iminente de morte e comprovada sua hipossuficiência financeira;

XXXII – Procedimento e tratamento realizado não compatível com a cobrança de box/hora;

XXXIII – Medicação de uso contínuo em paciente box/hora;

XXXIV – Serviços nas especialidades de implantodontia, ortodontia, prótese dentária e buco maxilo, somente este último, em caso de urgência e emergência (traumas e acidentes);

XXXV – Procedimentos, tratamentos que não constem nas Leis, Regulamentos, Resoluções Normativas e Tabelas próprias do IPARV-Assistência;



XXXVI – Cirurgias cardíacas e Angioplastias.

Art. 4º - Materiais especiais de custo elevado terão, necessariamente, que ter autorização prévia da auditoria, facultando ao IPARV o direito da negativa. No caso de serem autorizados deverão ser obrigatoriamente precedidos de nota fiscal e pagos conforme a mesma.

§1º. REVOGADO.

§2º. Será pago como taxa de comercialização sobre as OPMEs (Órtese, Prótese e Materiais Especiais), o percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da nota fiscal.

§3º. Nos casos de laqueadura ou vasectomia, será necessária uma autorização assinada pelo médico e pelo(a) paciente: "Solicitação e Autorização para Contracepção Cirúrgica", com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da cirurgia, com firma reconhecida de ambas as assinaturas.

§4º. Nos casos de cesariana, a paciente tem de comparecer nas dependências do Instituto para solicitar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por esta e seu médico, não necessitando de reconhecimento de firma.

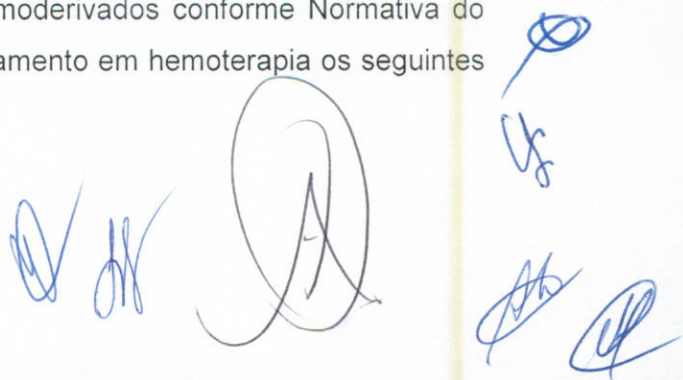
Art. 5º. Os tratamentos realizados dentro da área de abrangência, por profissionais médicos e/ou serviços hospitalares e de diagnósticos somente serão reembolsados, mediante requerimento administrativo realizado dentro do ano do exercício, quando não houver médicos ou serviços credenciados ao IPARV.

Art. 6º. Em nenhuma hipótese, será permitido o reembolso ou a cobertura de qualquer procedimento eletivo ou de urgência/emergência fora do Município de Rio Verde.

Art. 7º. Para o pagamento de hemoderivados conforme Normativa do Ministério da Saúde, o IPARV só pagará por tratamento em hemoterapia os seguintes códigos da Tabela AMB 92:

I – 27.04.015-1

II – 27.04.019-4



II – 27.04.024-0

IV – 27.04.036-4

Art. 8º. Os valores constantes nesta Resolução passam a vigorar a partir da data de sua publicação.

Art. 9º. Ficam revogadas às disposições em contrário.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE RIO VERDE – IPARV, 14 de novembro de 2018.

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.



Alexandre Silya Macedo
Presidente do IPARV



CONSELHO GESTOR DO IPARV



José Mario Lourenço
Conselheiro



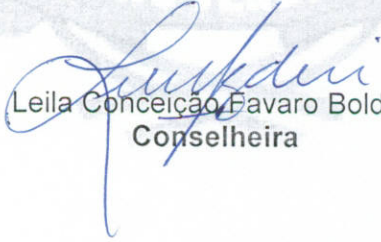
Carlos Venâncio Guimarães Filho
Conselheiro



Aparecida Alves Pereira
Conselheira



Fabio André de Lima
Conselheiro



Leila Conceição Favaro Boldrin
Conselheira



Vinicius Crivinel Pereira
Conselheiro



ANEXO I

TABELA 1. REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS.

		Valores em CH	
TIPO DE ATENDIMENTO	TIPO DE PROCEDIMENTO	VALOR	
Hospitalar	Consulta	0,92	
	Cirurgia	0,57	
	Laboratorial	0,28	
	Radiodiagnóstico	0,28	
	Ultrassonografia	0,31	
	Exames de Rx	0,31	
	Tomografia	0,28	
	Ressonância	0,28	
	Tratamento Clínico/Visita Hospitalar	0,57	
Clínico	Consulta	0,92	
	Procedimentos Cirúrgicos	0,57	
	Materiais/Medicamentos	0,31	
Ambulatorial	Procedimentos em Ambulatórios	0,57	
	Consulta	0,92	
Laboratorial	Materiais/Medicamentos	0,31	
	Patologia Clínica	0,28	
Médico	Anatomia Patológica	0,37	
	Consulta	0,92	
Médico	Cirurgias	0,57	
	Procedimentos em Geral (Ambulatorial)	0,57	
	Cardiologia	0,37	
	Teste Ergométrico	0,47	
	Holter 24 horas	0,45	
	Endoscopia	0,37	
	Tisiopneumologia	0,37	
	Oftalmologia	0,37	
	Otorrinolaringologia	0,37	
	Alergologia	0,37	
	Fonoaudiológico	Consulta	0,92
		Sessões	0,50
	Psicológico	Consulta	0,92
Sessões		0,50	
Nutricional	Consulta	0,92	
Fisioterapêutico	Sessões	0,40	
Odontológico	Odontológico*	0,48	

Rx	Filme Radiológico	20,00
----	-------------------	-------

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature in the center and several smaller ones to the right and bottom right.

ANEXO II

TABELA 2. REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

CÓD. PROC.	PROCEDIMENTO	CH	VALOR (R\$)
90000001	Emergência em horário normal	73	35,04
90000002	RX Periapical	22	10,56
90000003	Condicionamento (até 05 anos)	100	48,00
90000004	Aplicação Tópica de Fluor (até 12 anos)	117	56,16
90000005	Aplicação de Jato de Bicarbonato (Hemiarçada)	40	19,20
90000006	Aplicação de Selante (até 12 anos)	66	31,68
90000007	Exodontia Decídua	66	31,68
90000008	Exodontia Permanente	114	54,72
90000009	Profilaxia	64	30,72
90000010	Pulpotomia	168	80,64
90000011	Pulpectomia (Urgência - endo)	168	80,64
90000012	Pulpectomia (Bi e Tri-radicular)	296	142,08
90000013	Restauração de Amálgama - 1 face	73	35,04
90000014	Restauração de Amálgama - 2 faces	96	46,08
90000015	Restauração de Amálgama - 3 faces	128	61,44
90000016	Restauração de Amálgama - 4 faces	150	72,00
90000017	Restauração de Resina - 1 face (dentes anteriores e posteriores)	91	43,68
90000018	Restauração de Resina - 2 faces (dentes anteriores)	128	61,44
90000019	Restauração de Resina - 2 faces (dentes posteriores)	137	65,76
90000020	Restauração de Resina - 3 faces (dentes anteriores)	146	70,08
90000021	Restauração de Resina - 3 faces (dentes posteriores)	174	83,52
90000022	Restauração de Resina Ângulo	174	83,52
90000023	Restauração de Faceta em Resina	211	101,28
90000024	Tratamento Endodôntico Incisivo ou Canino	329	157,92
90000025	Tratamento Endodôntico Pré-molar	411	197,28
90000026	Tratamento Endodôntico Molar	700	336,00
90000027	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	177	84,96
90000032	Tratamento não cirúrgico para periodontite avançada (por segmento)	155	74,40
90000033	Exodontia de dente Inclusos	503	241,44
90000034	Exodontia permanente Semi-Inclusos	228	109,44
90000035	Exodontia Raiz Residual	85	40,80
90000036	Frenectomia (Labial ou Lingual)	160	76,80
90000037	Raspagem Coronária (2 arcadas)	109	52,32
90000038	Aumento de Coroa Clínica	418	200,64
90000039	Rx Panorâmica	97,83	46,96

N JK

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the initials 'JK'.

Anexo III

TABELA 3. REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TABELA 3.1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE RIO VERDE

1. DIÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80029906	Box/ Hora	Uso	8,88
80061510	Café para acompanhante	Dia	2,81
80011017	Refeição para acompanhante*	Por refeição	8,50
80012027	Berçário normal ou alojamento conjunto	Dia	81,57
80012035	Berçário Patológico (inclui. Capacete hood, fototerapia, incubadora)	Dia	143,40
80013023	Enfermaria	Dia	152,36
80017010	Unidade de Terapia Intensiva	Dia	678,17
80015000	Isolamento Enfermaria/Ut	Dia	30% de Acrec. Diária
00040010	Plantão de Doze Horas – Por Paciente	Dia	131,22


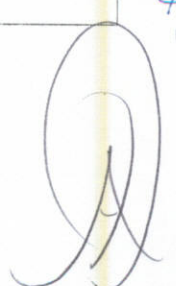


2. TAXAS E SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80055010	Arco Cirúrgico	Uso	110,38
80054552	Artroscópio cirúrgico (vídeo)	Uso	204,20
80051065	Artroscópio diagnóstico (vídeo)	Uso	160,57
80053386	Cardiotocografo	Hora	18,27
80042619	Cateterismo vesical(exceto C.Cirurgico e UTI)	Procedimento	49,06
80055026	Cistoscopia + fibra ótica + luz	Uso	160,48
80043869	Colchão de água (fora da UTI)	Dia	8,19
80052126	Colonoscópio com video	Uso	101,92
80052444	Criocautério para catarata e retina	Uso	47,09
80041868	Curativo Ambulatorial	Procedimento	49,13
80052495	Desfibrilador fora da UTI	Uso	82,52
80041906	Diálise Peritoneal	Procedimento	49,06
80042341	Dissecção de veia	Procedimento	49,06

Wak

[Handwritten signatures and initials]

80052622	Endoscopia digestiva diagnóstica com vídeo	Uso	82,17
80052614	Endoscopia digestiva cirúrgica com vídeo	Uso	104,28
80052584	Endoscopia respiratória cirúrgica com vídeo	Uso	417,22
80052592	Endoscopia respiratória diagnóstica com vídeo	Uso	82,17
80052630	Endoscopia urológica cirúrgica com vídeo	Uso	417,22
80052649	Endoscopia urológica diagnóstica com vídeo	Uso	139,06
80042228	Esvaziamento manual de megacolon	Sessão	175,20
80052800	Facoemulsificador	Uso	57,39
80053394	Fibra ótica	Uso	29,44
80042210	Gelo Seco	Aplicação	45,72
80053017	Histeroscopia com vídeo	Uso	169,58
80043871	Infiltração (somente em ambulatório)	Procedimento	49,06
80042970	Instalação de equipo de PVC - Fora da UTI	Procedimento	13,79
80043852	Instalação de tração esquelética	Procedimento	45,72
80053130	Ionizador	Uso	2,42
80053181	Laparoscopia com vídeo	Uso	373,09
80053181	Laringoscopia com vídeo	Uso	82,17
80053220	Laser	Uso	187,20
80042813	Lavagem (gástrica, intestinal, retal terapêutica)	Procedimento	49,06
80053270	Marcapasso temporário	Dia	161,77
80053327	Microscópio Cirúrgico	Uso	137,84
80061303	Nebulização/ Aerosol (não inclui O2)	Sessão	8,18
80043356	Punção (articular, pleural, abdominal, lombar)	Procedimento	13,79
80055100	Raio X (C. Cirurgico) com intensificador de imagem	Uso	110,28
80055001	Raio X na sala cirurgica	Uso	47,99
80054110	Respirador a volume (MA1) em UTI	Hora	6,91
80031212	Taxa de sala de curativo (escoriações)	Uso	11,95+MAT/MED
80031226	Taxa de sala de curativo (queimados)	Uso	38,84+MAT/MED
80031200	Taxa de sala de endoscopia	Uso	75,03
80042929	Taxa de sala de hemodinâmica	Uso	275,95
60027452	Intensificador de Imagem	Uso	81,38
60027169	Monitor de Vídeo	Uso	203,44
60024194	Aparelho/equipamento para broncoscopia flexível sem vídeo.	Uso	203,44

3. OUTRAS TAXAS DE SALA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80021000	Taxa de sala de cirurgia - Porte 0	Uso	84,09
80021018	Taxa de sala de cirurgia - Porte 1	Uso	194,29
80021026	Taxa de sala de cirurgia - Porte 2	Uso	289,95
80021034	Taxa de sala de cirurgia - Porte 3	Uso	388,56
80021042	Taxa de sala de cirurgia - Porte 4	Uso	490,07
80021050	Taxa de sala de cirurgia - Porte 5	Uso	585,75
80021069	Taxa de sala de cirurgia - Porte 6	Uso	684,32
80021077	Taxa de sala de cirurgia - Porte 7	Uso	785,82

4. GASOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80000001	Ar comprimido	Litro	0,07
80061400	Oxigênio	Litro	0,05
80061508	Protóxido de Azoto (litro)	Litro	0,11
80061109	Gás Carbônico (CO2)	Litro	0,08
60034300	Oxido Nitroso (por minuto)	Litro	0,11

OBSERVAÇÕES:

1. Não será paga diária de apartamento ou enfermaria concomitantemente com UTI.
2. Acompanhante em enfermaria: Conforme Lei 9656/98 NR-2177-43, a cobertura de despesas de um acompanhante ocorrerá somente no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos.
3. As cirurgias infectadas terão acréscimo de 100% do valor total da taxa de sala, correspondente.
4. As taxas de salas terão acréscimo de 20% de 19h às 7h do dia seguinte, dos dias úteis, sábado após às 12h, domingos e feriados em qualquer horário desde que caracterizada emergência.
5. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou não, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente à taxa de sala de maior porte acrescida de 50% do valor da segunda cirurgia.
6. A alimentação dos acompanhantes será remunerada nos valores da tabela acima, desde que se comprove mediante autorização assinada pelo acompanhante, paciente ou pelo titular do convênio.

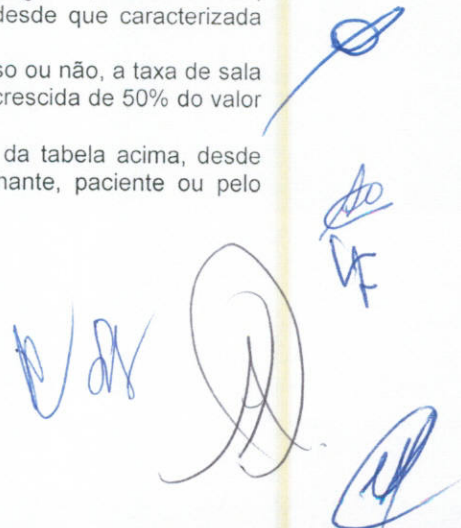


TABELA 3.2. HOSPITAL SANTA TEREZINHA LTDA

1. DIÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80029906	Box/ Hora	Uso	8,88
80061510	Café para acompanhante	Dia	2,81
80011017	Refeição para acompanhante*	Por refeição	8,50
80012027	Berçário normal ou alojamento conjunto	Dia	81,57
80012035	Berçário Patológico (inclui. Capacete hood, fototerapia, incubadora)	Dia	143,40
80013023	Enfermaria	Dia	152,36
80015000	Isolamento Enfermaria/Ut	Dia	30% de Acrec. Diária

2. TAXAS E SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80055010	Arco Cirúrgico	Uso	110,38
80054552	Artroscópio cirúrgico (vídeo)	Uso	204,20
80051065	Artroscópio diagnóstico (vídeo)	Uso	160,57
80053386	Cardiotocografo	Hora	18,27
80042619	Cateterismo vesical(exceto C.Cirurgico e UTI)	Procedimento	49,06
80055026	Cistocopia + fibra ótica + luz	Uso	160,48
80043869	Colchão de água (fora da UTI)	Dia	18,19
80052126	Colonoscópio com video	Uso	101,76
80052444	Criocautério para catarata e retina	Uso	47,09
80041868	Curativo Ambulatorial	Procedimento	49,13
80052495	Desfibrilador fora da UTI	Uso	82,52
80041906	Diálise Peritoneal	Procedimento	49,06
80042341	Dissecção de veia	Procedimento	49,06
80052622	Endoscopia digestiva diagnostica com vídeo	Uso	82,17
80052614	Endoscopia digestiva cirúrgica com vídeo	Uso	104,28
80052584	Endoscopia respiratória cirúrgica com vídeo	Uso	417,22

80052592	Endoscopia respiratória diagnóstica com vídeo	Uso	82,17
80052630	Endoscopia urológica cirúrgica com vídeo	Uso	417,22
80052649	Endoscopia urológica diagnóstica com vídeo	Uso	139,06
80042228	Esvaziamento manual de megacolon	Sessão	175,20
80052800	Facoemulsificador	Uso	57,32
80053394	Fibra ótica	Uso	29,44
80042210	Gelo Seco	Aplicação	45,72
80053017	Histeroscopia com vídeo	Uso	169,58
80043871	Infiltração (somente em ambulatório)	Procedimento	49,06
80042970	Instalação de equipo de PVC - Fora da UTI	Procedimento	13,79
80043852	Instalação de tração esquelética	Procedimento	45,72
80053130	Ionizador	Uso	2,42
80053181	Laparoscopia com vídeo	Uso	373,09
80053181	Laringoscopia com vídeo	Uso	82,17
80053220	Laser	Uso	187,20
80042813	Lavagem (gástrica, intestinal, retal terapêutica)	Procedimento	49,06
80053270	Marcapasso temporário	Dia	161,77
80053327	Microscópio Cirúrgico	Uso	137,84
80061303	Nebulização/ Aerosol (não inclui O2)	Sessão	8,18
80043356	Punção (articular, pleural, abdominal, lombar)	Procedimento	13,79
80055100	Raio X (C. Cirurgico) com intensificador de imagem	Uso	110,38
80055001	Raio X na sala cirurgica	Uso	47,99
80031212	Taxa de sala de curativo (escoriações)	Uso	11,95 + MAT/MED
80031226	Taxa de sala de curativo (queimados)	Uso	38,84+MAT/MED
80031200	Taxa de sala de endoscopia	Uso	75,03
80042929	Taxa de sala de hemodinâmica	Uso	275,95
60027452	Intensificador de Imagem	Uso	81,38
60027169	Monitor de Vídeo	Uso	203,44
60024194	Aparelho/equipamento para broncoscopia flexível sem vídeo.	Uso	203,44







3. OUTRAS TAXAS DE SALA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80021000	Taxa de sala de cirurgia - Porte 0	Uso	84,09
80021018	Taxa de sala de cirurgia - Porte 1	Uso	194,29
80021026	Taxa de sala de cirurgia - Porte 2	Uso	289,95
80021034	Taxa de sala de cirurgia - Porte 3	Uso	388,56
80021042	Taxa de sala de cirurgia - Porte 4	Uso	490,07
80021050	Taxa de sala de cirurgia - Porte 5	Uso	585,75
80021069	Taxa de sala de cirurgia - Porte 6	Uso	684,32
80021077	Taxa de sala de cirurgia - Porte 7	Uso	785,82

4. GASOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80000001	Ar comprimido	Litro	0,07
80061400	Oxigênio	Litro	0,05
80061508	Protóxido de Azoto (litro)	Litro	0,11
80061109	Gás Carbônico (CO2)	Litro	0,08
60034300	Oxido Nitroso (por minuto)	Litro	0,11

OBSERVAÇÕES:

1. Não será paga diária de apartamento ou enfermaria concomitantemente com UTI.
2. Acompanhante em enfermaria: Conforme Lei 9656/98 NR-2177-43, a cobertura de despesas de um acompanhante ocorrerá somente no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos.
3. As cirurgias infectadas terão acréscimo de 100% do valor total da taxa de sala, correspondente.
4. As taxas de salas terão acréscimo de 20% de 19h às 7h do dia seguinte, dos dias úteis, sábado após às 12h, domingos e feriados em qualquer horário desde que caracterizada emergência.
5. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou não, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente à taxa de sala de maior porte acrescida de 50% do valor da segunda cirurgia.
6. A alimentação dos acompanhantes será remunerada nos valores da tabela acima, desde que se comprove mediante autorização assinada pelo acompanhante, paciente ou pelo titular do convênio.



TABELA 3.3. ORGANIZAÇÃO RIO VERDENSE

1. DIÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80017010	Unidade de Terapia Intensiva	Dia	678,17
80015000	Isolamento Enfermaria/Utí	Dia	30% de Acrec. Diária
00040010	Plantão de Doze Horas – Por Paciente	Dia	131,22

2. TAXAS E SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80061303	Nebulização/Aerosol (não inclui O ₂)	Sessão	8,18
80053270	Marca Passo Temporário	Dia	161,77
80054110	Respirador de Volume (MA1) em UTI	Hora	6,91
80042341	Dissecção de veia	Procedimento	49,06

3. EXAMES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
20010010	Eletrocardiograma – ECG	Procedimento	22,20

4. GASOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
80000001	Ar comprimido	Litro	0,07
80061400	Oxigênio	Litro	0,05
80061508	Protóxido de Azoto (litro)	Litro	0,11
80061109	Gás Carbônico (CO ₂)	Litro	0,08
60034300	Oxido Nitroso (por minuto)	Litro	0,11

TABELA 3.4. UTI NEONATAL

1. DIÁRIAS/TAXAS E SERVIÇOS

	R\$
DIÁRIA DE UTI	709,55
INTENSIVISTA DIARISTA	NÃO TEM COBERTURA
PLANTÃO MÉDICO (a cada doze horas)	175,33
TAXA DE INTERNAÇÃO	NÃO TEM COBERTURA
OXIGÊNIO (conforme utilização por litragem/tabela IPARV)	0,05
MONITOR DE PRESSÃO	NÃO TEM COBERTURA
RESPIRADOR (conforme utilização por hora/tabela IPARV)	6,79
ELETROCARDIOGRAMA (tabela AMB-92)	22,20
NEBULIZAÇÃO (por sessões/tabela IPARV)	8,04
OXÍMETRO NA UTI	NÃO TEM COBERTURA
FISIOTERAPIA RESP.(duas sessões dia/tabela AMB-92).....	11,70
FISIOTERAPIA MOTORA(duas sessões dia/tabela AMB-92)...	10,92

Os procedimentos previstos na Resolução nº 01/2018 terão total aplicabilidade para os casos de NEONATAL, acrescidos dos itens abaixo mencionados:

Art. 1º - Não haverá cobertura pelo IPARV-ASSISTÊNCIA:

I - Não será pago remoção para exames em outros serviços, assim como, transferência para outras cidades;

II - Não há cobertura para fraldas e sabonetes pela operadora de saúde;

III - Não há cobertura para conservação do leite após ordenha (lactário);

IV - Excluídos procedimentos de média e grande complexidade, mesmo em caso de urgência e emergência. Ex. correção de má-formação, cardíaca, gastrointestinais;

Art. 2º - Terão cobertura mediante autorização:

I - Dieta parenteral mediante autorização prévia;

II - Cobertura de internação por um período máximo de até quatro (04) meses;

III - Cobertura para bomba de infusão 03 x 03 dias (equivalente a 72 hs), valor da tabela TNUMM- Rio Verde - GO.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

TABELA 3.5

TABELA 3.5. CARLOS E TEIXEIRA LTDA

DIÁRIAS	CÓDIGO	UNIDADE	VALOR
Berçário normal ou alojamento conjunto	101001	Dia	R\$ 39,59
Enfermaria	101002	Dia	R\$ 64,80
Berçário patológico (inclui capacete de hood, fototerapia, incubadora)	101004	Dia	R\$ 53,99

TAXA SALA DE CIRURGIA E OUTRAS	CÓDIGO	UNIDADE	VALOR
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 0	201001	Uso	R\$ 46,79
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 1	201002	Uso	R\$ 106,78
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 2	201003	Uso	R\$ 160,77
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 3	201004	Uso	R\$ 218,36
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 4	201005	Uso	R\$ 272,36
Taxa de Sala de Cirurgia - Porta 5	201006	Uso	R\$ 326,36
Box / hora (não excedendo 1 diária enfermaria)	201010	Uso	R\$ 6,59

GASOTERAPIA	CÓDIGO	UNIDADE	VALOR
Oxigênio (litro)	501001	litro	R\$ 0,05

OBSERVAÇÕES:

1. As taxas de salas terão acréscimo de 20% de 19h às 7h do dia seguinte, dos dias úteis, sábado após às 12h, domingos e feriados em qualquer horário desde que caracterizada emergência.
2. Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso ou não, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente à taxa de sala de maior porte acrescida de 50% do valor da segunda cirurgia.

ANEXO IV

TABELA 4. VALORES PAGOS PARA OS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA

ENFERMARIA E/ OU ATENDIMENTO AMBULATORIAL 2019

PORTE	CÓDIGOS IPARV	VALOR EM R\$	30% Urg.	VL.TOTAL
1	16.03.001-5	R\$ 138,07	41,42	179,49
2	16.03.002-8	R\$ 200,84	60,25	261,09
3	16.03.003-6	R\$ 295,96	88,79	384,75
4	16.03.004-4	R\$ 439,34	131,80	571,14
5	16.03.005-2	R\$ 679,40	203,82	883,22
6	16.03.006-0	R\$ 949,26	284,78	1.234,04
7	16.03.007-9	R\$ 1.349,36	404,81	1.754,17
8	16.03.008-7	R\$ 1.780,84	534,25	2.315,09



Handwritten signatures in blue ink are present on the page. A large signature is located to the right of the table, with several smaller, less legible signatures scattered below and to the right of it.

ANEXO V
TABELA 5. PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS

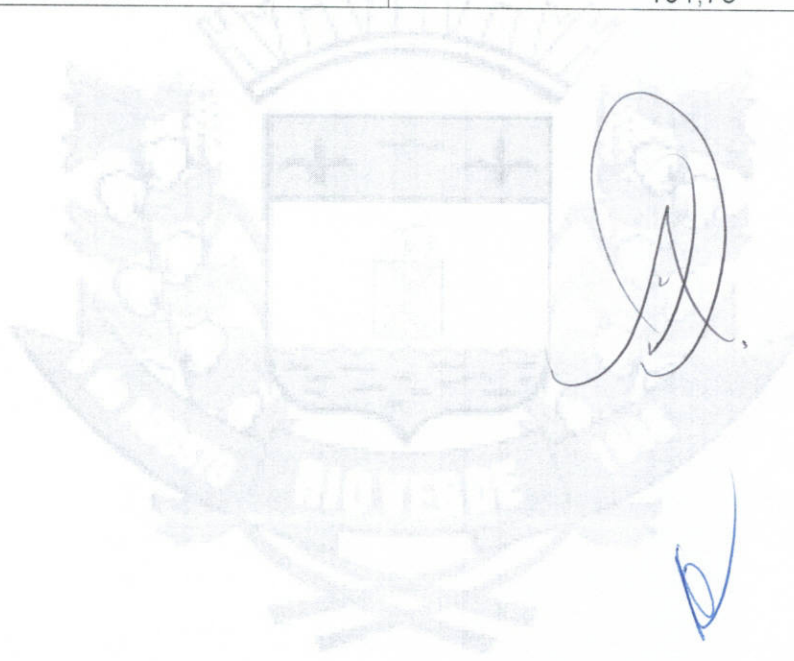
CODIGO AMB	CH	VL CH	COD IPARV	PROCEDIMENTO	VL PROC.	VL MAT/ME D	TOTAL
42020042	100	0.57	96000001	CALOSIDADE	R\$ 57,00	R\$10,44	R\$67,44
42020069	120	0.57	96000002	CRIOTERAPIA	R\$ 68,40	R\$1,65	R\$70,05
42020093	50	0.57	96000003	INFILTRAÇÃO	R\$ 28,50	R\$30,00	R\$58,50
42020107	120	0.57	96000004	PEQUENAS LESÕES	R\$ 68,40	R\$10,71	R\$79,11
42020131	300	0.57	0	CRIOT.NEOPLASMA	R\$ 171,00	0	R\$171,0
42030021	70	0.57	96000006	BIOPSIA PUNCH	R\$ 39,90	R\$30,00	R\$69,90
42030030	100	0.57	96000007	BIOPSIA INCISIONAL	R\$ 57,00	R\$30,00	R\$87,00
42030102	250	0.57	96000008	EXCISÃO E SUTURA	R\$ 142,50	R\$30,00	R\$172,50
42030072	120	0.57	96000009	ELETROC. DE LESÕES	R\$ 68,40	R\$30,00	R\$98,40
42030137	150	0.57	96000010	EXC. E SUTURA SIMP	R\$ 85,50	R\$30,00	R\$115,50
42030153	150	0.57	96000011	EXERESE CISTO	R\$ 85,50	R\$30,00	R\$115,50
42030161	150	0.57	96000012	EXERESE DE LIPOMA	R\$ 85,50	R\$30,00	R\$115,50
42030099	250	0.57	0	EXCISAO E SUT. LABIO, ORELHA	R\$ 142,50	0	R\$142,50
42030196	100	0.57	96000014	INC. E DRENAGEM DE ABCESSO,POR LESÃO	R\$ 57,00	R\$30,00	R\$87,00
42030200	100	0.57	96000015	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 57,00	R\$30,00	R\$87,00
42030242	213	0.57	96000016	CURETAGEM E ELETR. CANCER DE PELE	R\$ 57,00	R\$16,75	R\$73,75
42030153	150	0.57	96000017	EXERESE DE TUMOR MALIGNO DE PELE	R\$ 57,00	R\$30,00	R\$87,00

ANEXO VI

TABELA 6. VALORES PAGOS PARA OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM
AMBULATORIOS – CLÍNICAS / CONSULTÓRIOS

TAXA DE SALAS

PORTE	VALOR EM R\$
PORTE 0	14,53
PORTE 1	33,91
PORTE 2	50,88
PORTE 3	60,64
PORTE 4	101,75



[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

ANEXO VII

TABELA 7. PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS

URETERRENOLITRIPSIA FLEXIVEL + COLOCAÇÃO DE DUPLO J

PROCEDIMENTO	CODIGO	VALOR REAIS	
TAXA DE VÍDEO	8.008.0	226,12	
TAXA DE APARELHO	0.600.6	96,74	
KIT CATETER DUPLO J COM FIO GUIA	9.009.0	Conforme valor de nota fiscal	
SONDA DORMIÁ	9.009.1	226,12	
FIBRA A LASER	9.009.2	866,65	

URETERRENOLITRIPSIA RIGIDA + COLOCAÇÃO DE DUPLO J

PROCEDIMENTO	CODIGO	VALOR REAIS	
TAXA DE VÍDEO	8.008.0	226,12	
TAXA DE APARELHO	0.600.6	96,74	
KIT CATETER DUPLO J COM FIO GUIA	9.009.0	Conforme valor de nota fiscal	
SONDA DORMIÁ	9.009.1	226,12	

RTU PRÓSTATA COM VÍDEO 5607005-5 PORTE 5

URETROTOMIA INTERNA 5606022-0 PORTE 1

CISTOSTOMIA POR PUNÇÃO 5605011-9 PORTE 1

PROCEDIMENTO	CODIGO	VALOR EM REAIS	
TAXA DE VÍDEO	8.008.0	226,12	
TAXA DE APARELHO	0.600.6	96,74	
ALÇA DE RESSECÇÃO (1/3)	9430000	169,16	
FACA DE SACHSE (1/3)	9440000	169,16	

UROFLUXOMETRIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR EM REAIS	
UROFLUXOMETRIA	56010109	57,00	
TAXA DE SALA/TAXA DE APARELHO UROFLUXOMETRIA	99000000	41,23	

ANEXO VIII

TABELA 8. PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS
CIRURGIA DE CATARATA 50060040

PROCEDIMENTO	CODIGO	VALOR
Pacote Catarata (Médico) taxa do Faco,lente e microscópico'	94100000	R\$ 391,53
Pacote Catarata (clínica) Mat/Med taxa de sala	94200000	R\$ 900,00



Handwritten initials or signatures in blue ink at the bottom right corner of the page.

ANEXO IX

TABELA 9. VALORES PAGOS PARA OS SERVIÇOS DE AUDITORIA/PERÍCIA

Áreas	Unidade	Valor Em R\$
Odontologia	Atendimento	27,13
Médica	Guia/Prontuário	18.00
Enfermagem	Prontuário	12.00



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.