

INSTRUÇÕES GERAIS DO ROL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS UNIMED

1. NORMAS GERAIS PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS.

1 - Os procedimentos não constantes neste Rol de Procedimentos, devem ser necessariamente autorizados previamente pela Unimed de Origem, independente do seu valor. Nos casos de não autorização prévia, a Unimed de Origem se reserva o direito de não pagar o procedimento por ocasião da sua cobrança.

1.1 Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

1.2 A pontuação dos procedimentos médicos está agrupada em 14 portes e três sub-portes (A, B e C). Os portes anestésicos (AN) são em número de oito e mantém correspondência com os demais portes.

1.3 Foi adotada a TUSS e tabela própria como referência de codificação e nomenclatura para os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos.

1.4 Os atendimentos contratados de acordo com este Rol de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários pré-estabelecidos.

1.5 Este Rol constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi-privativos).

1.6 O Rol de Procedimentos Médicos Unimed, além dos procedimentos com cobertura pela RN 465, contempla procedimentos já consagrados e alguns que correspondem à variação técnica do procedimento.

1.7 Procedimentos cirúrgicos com indicação de internação, mas realizados em ambulatório, constantes na tabela de procedimentos ambulatoriais aprovada na 42ª e atualizada na 91ª atas do Colégio Nacional de Auditores Médicos, devem ser pagos de acordo com o plano contrato do cliente. (Apartamento o dobro dos honorários médicos).

2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 Os atos médicos praticados exclusivamente em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

2.1.1 No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

2.1.2 Em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados (Municipal, Estadual e Nacional).

2.1.3 Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento de SADT.

2.1.4 Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência / emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência / emergência.

2.1.5 Aos Atendimentos realizados em Pronto Socorro / Pronto Atendimento, desde que cumprida as orientações descritas nos itens acima

3. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO - (1.01.03.00-7)

3.1 Será obedecido o que consta no item 16 destas Instruções Gerais.

3.2 Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.

3.3 Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia, será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí, correspondente a UMA VISITA HOSPITALAR por dia até a alta, de acordo com o código 1.01.02.01-9 (Tratamento Clínico).

3.4 Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia.

3.5 Atendimento ao recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e / ou entubação traqueal.

4. UTI - (1.01.04.00-3)

4.1 Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nesta Classificação Hierarquizada.

4.2 Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath, mono, duplo ou triplo lumen).

4.3 Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

4.4 Será obedecido o que consta nos itens 2 e 16 destas Instruções Gerais. Estes critérios não se aplicam aos portes do intensivista diarista e ao intensivista plantonista.

5. ACONSELHAMENTO GENÉTICO - (1.01.06.01-4)

Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os Riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do Aconselhamento Genético.

6. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

6.1 O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade da Vida Diária e a Terapia da Linguagem.

6.2 A remuneração prevista para as sessões de quimioterapia já contempla a visita hospitalar. Aos portes destas sessões aplica-se o disposto no item 16 destas Instruções Gerais, que se refere a paciente internado.

6.3 Os atos médicos praticados pelo anestesiologista, quando houver necessidade do concurso desse profissional, serão valorados pelo porte 1, código 31602312.

6.4 Referente ao código 20104383: É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

6.5 Os códigos 20104243, 20104278 e 20104294, referem-se ao 1º dia do ciclo de tratamento e deverá ser valorado novamente para intervalos superiores a 07 dias.

6.6 Os códigos 20104251, 20104286 e 20104308, referem-se ao ciclo semanal de tratamento do 2º ao 7º dia.

6.7 Referente ao código 20204159: É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

7. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

7.1 Os portes atribuídos a cada procedimento cirurgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirurgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida, conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 10102019). Ou para as consultas em consultório (código 10101012), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

7.2 Videolaparoscopia e Vídeoesoscopia

7.2.1 Os procedimentos cirurgicos realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Videoendoscópica têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e Risco. Estes portes estão sujeitos ao item 16 destas Instruções Gerais.

7.2.2 Aos procedimentos diagnósticos realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Videoendoscópica, não se aplicam o disposto no item 16 destas Instruções.

7.3 Anestesiologista

7.3.1 O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI.

7.3.1.1 Não inclui medidas / controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião. Ex. dissecação de veia central - não está incluso na anestesia e poderá ser feita pelo anestesista com porte específico para tal.

7.3.2 Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro abaixo:

Porte Anestésico	
0	Anestesia Local
1	3 A
2	3 C
3	4 C
4	6 B
5	7 C
6	9 B
7	10 C
8	12 A

7.3.3 O porte anestésico “0” significa “Não Participação do Anestesiológico”.

7.3.4 Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico em atos médicos (não diagnósticos) que não tenham seus portes especificamente previstos na classificação, a remuneração será equivalente ao estabelecido para o porte 3, utilizando-se o código 31602347.

7.3.5 Nos atos cirúrgicos em que ocorram procedimentos pela mesma via de acesso, seja a mesma equipe cirúrgica ou equipes diversas, a valoração do anestesista se dará em 100% pelo procedimento de maior porte anestésico e 50% dos demais procedimentos praticados.

7.3.6 Nos atos cirúrgicos em que ocorram procedimentos por outra via de acesso, seja a mesma equipe cirúrgica ou equipes diversas, a valoração do anestesista se dará em 100% pelo procedimento de maior porte anestésico e 70% dos demais procedimentos praticados.

7.3.7 Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, inexistindo código específico, os atos praticados pelo anestesiológico serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

7.3.8 Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anestesiológico responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiológico), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológico principal.

7.3.9 Na valoração dos portes constantes incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento com ambulatorial.

7.3.10 Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológico, em consultório, previamente à internação juridicamente estabelecida, seja com o hospital ou terceiros por ele contratados, será remunerado como 01 consulta eletiva no Intercâmbio Estadual.

7.3.11 Quando houver necessidade do concurso do anestesiológico, os atos médicos diagnósticos (inclusive endoscópicos) praticados por este profissional serão valorados pelo porte 2, os terapêuticos pelo porte 3 e os diagnósticos + terapêuticos (inclusive endoscópicos intervencionistas) pelo porte 3. Portanto, pagar-se-á o correspondente a apenas um porte anestésico, não importando o tempo de duração nem a simultaneidade com outro procedimento, excetuando-se os procedimentos relacionados nos itens 24.3 e 25.5. Obs. Excepcionalmente para os procedimentos endoscópicos alto e baixo realizados simultaneamente, o anestesiológico deverá ser remunerado em 100% do maior porte e 70% do menor porte.

7.4 Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados conforme tabela abaixo:

CÓDIGO	NOMENCLATURA	PORTE ANESTÉSICO	
31602231	Anestesia para endoscopia diagnóstica	Porte 2	4020101-5 a 4020128-7 40202038; 40202615; 40202666; 40202690 e 40202720
31602240	Anestesia para endoscopia intervencionista	Porte 3	4020201-1 a 4020276-3; Exceto os já descritos.
31602258	Anestesia para exames radiológicos de angiorradiologia	Porte 3	4081201-4 a 4081214-6
31602266	Anestesia para exames de ultrassonografia	Porte 2	4090101-7 a 4090212-9
31602274	Anestesia para exames de tomografia computadorizada	Porte 2	4100101-0 a 4100203-2
31602282	Anestesia para exames de ressonância magnética	Porte 3	4110101-4 a 4110201-0
31602290	Anestesia para procedimentos de radioterapia	Porte 3	4120301-1 a 4120315-1 e 4120501-4 a 4120512-0
31602304	Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimento	Porte 1	4130101-3 a 4130147-1 e 4140106-9 a 4140165-4 e 4150101-2 a 4150126-8
31602312	Anestesia para procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares	Porte 1	2010101-5 a 2010122-8 e 2020101-0 a 2020112-5 e 2020402-7 a 2020415-9
31602320	Anestesia para procedimentos de medicina nuclear	Porte 2	4070101 a 4070114; 4070201 a 4070211; 4070301 a 4070308; 4070401 a 4070409; 4070501 a 4070506; 4070601 a 4070602; 4070701 a 4070708; 4070801 a 4070812; 4070901 a 4070903; 4071002 a 4071008 e 4071102

Observação: Métodos Intervencionistas por Imagem possuem porte anestésico próprio (4081306-1 a 4081416-5).

7.5 A consulta oftalmológica padrão inclui: Anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia (com ou sem midriase), microscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

7.6 Reimplantes e Revascularizações dos membros - (3070600-9)

Os honorários deste item incluem também outros procedimentos inerentes além das microanastomoses vasculares, como as osteossínteses tenorrafias, neurorrafias e o tratamento de tegumento cutâneo.

7.7 Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP): São indicados para tratamento cirurgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2, 3, 4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4 mm), também são passíveis de tratamento cirurgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1.

- Classe 0 - Não apresenta doença venosa;
- Classe 1 - Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm);
- Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm);
- Classe 3 - Classe 2 + Edema;
- Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose;
- Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;
- Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.

8. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

8.1 Quando realizados concomitantemente procedimentos diagnósticos, terapêuticos e diagnósticos / terapêuticos, para fins de valoração dos atos praticados, será observado o disposto no item 14 destas Instruções Gerais.

8.2 Cirurgia Cardíaca - códigos 30901006; 30903009 e 30905001.

8.2.1 As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 30905036; 30906164; 30913098; 30905044, observando-se o previsto no item 4.

8.2.2 Os procedimentos códigos 30915023; 30912083; 20201052; 30907144; 30904080; 30804116; 30804132 e 20104049 são considerados atos integrantes da cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea.

8.2.3 Referente aos códigos 30903050 - Enxerto com veia para revascularização miocárdica (porte 3C); e 30903068 - Enxerto com artéria para revascularização miocárdica (porte 5A): Os mesmos foram excluídos do Rol por não constar na CBHPM e na TUSS. Quando houver necessidade de utilização de qualquer uma destas técnicas, utilizar para pagamento o código 30906377 para enxerto de veia artéria, com porte 3C.

9 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO

9.1 Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

9.2 Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo porte, que será valorado com observância da presente Classificação.

9.3 Para o tratamento clínico em regime de internação, o porte equivalerá a uma visita hospitalar.

9.4 Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 1 auxiliar.

9.5 Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias, quando efetivamente realizada.

9.6 Referente aos códigos, 30733006, 30734002, 30735009, 30736005, 30737001, 30738008:

9.6.1 Nas cirurgias videoartroscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação. Estas associações estarão sujeitas as Instruções Gerais da CBHPM.

9.6.2 Os procedimentos extra-articulares poderão ser associados a qualquer procedimento ou associações de procedimentos intra-articulares desta lista para conclusão em bom termo do ato médico cirurgico (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias). Estes atos estarão regidos pelas Instruções Gerais da CBHPM.

Exclui a captura e transposição de enxertos, devem ser cobrados em código específico.

9.6.3 Os códigos listados se tratam de subcapítulos e devem incluir os procedimentos relacionados.

10. OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:

10.1 Itens 30101212, 30101220, 30101239, 30101280 e 30101387

10.1.1 Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existem 11 (onze) UT: cabeça e pescoço - cada um dos membros superiores - face anterior do tórax - face posterior do tórax - abdome - nádegas (da cintura a raiz da coxa) - cada uma das coxas - cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

10.1.2 Por definição é considerada lesão em área nobre/especial, queimadura nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, musculo ou osso). Para efeito de codificação, considerase grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemural, joelho, tornozelo (FONTE: Projeto Diretrizes AMB.). Para efeito de codificação cada uma destas áreas nobres/especiais, quando atingida em qualquer extensão - é considerada 02 (duas) UTs e somada como tal. Lesão em outra topografia do corpo humano é considerada 01 (uma) UT, quando não apresentar qualquer das características supracitadas. Para efeito de codificação, a lesão que acometa área nobre/especial associada a outro segmento corporal terá como valor final de UTs o somatório das respectivas UTs. O corpo humano pode apresentar numero de UTs superior a 24.

10.1.3 Número de auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento

- 01 UT - não comporta auxílio;
- 02 a 03 UTs - um auxiliar;
- 04 ou mais UTs - dois auxiliares.

10.1.4 Cada procedimento refere-se a um unico ato cirurgico. Aos procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirurgicos complementares corresponderão novos portes, cada qual como um novo ato.

10.1.5 A qualquer outro tipo de intervenção de outros especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento serão atribuídos portes de acordo com as classificações das respectivas especialidades.

11. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

11.1 Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

12. CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA - (3.12.05.07-0)

12.1 A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirurgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

12.2 O procedimento cirurgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade.

12.3 A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, devem estar devidamente registrado em prontuários.

12.4 O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

13. PULSOTERAPIA - (2.01.04.38-3 e 2.02.04.15-9)

É necessária a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta, nem a visita hospitalar.

14. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

14.1 Quando previamente planejada ou durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso a remuneração que deverá ser praticada é de 100% primeiro código, 50% segundo e terceiro código e 10% a cada um dos demais códigos.

14.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica por diferentes vias de acesso a remuneração que deverá ser praticada é de 100% primeiro código, 70% segundo código, 50% terceiro código e 10% a cada um dos demais códigos.

14.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%), exceto as que tiverem codificação específica para bilateralidade neste Rol.

14.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirurgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto neste Rol.

14.5 Quando um ato cirurgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

14.6 Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

15. AUXILIARES DE CIRURGIA

15.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirurgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para os demais auxiliares previstos.

15.2 Quando o procedimento de maior porte não contemplar a remuneração de auxiliares, ou quando o procedimento de maior porte contemplar menos auxiliares do que outro procedimento realizado no mesmo ato, remunerar a quantidade de auxiliares de acordo com o procedimento que tenha previsão de remuneração da maior quantidade de auxiliares.

16. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

16.1 Quando o paciente voluntariamente internar-se em ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções Gerais e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 16.2 destas Instruções Gerais.

16.2 Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativos, em "hospital dia" ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (diagnóstico e terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.

16.3 Para dobra de procedimentos classificados como SADT (USG intervencionista e endoscopia intervencionista). Há instrução específica na CBHPM:

16.3.1 Para pacientes internados, os portes dos procedimentos de ultrassonografia intervencionista e procedimentos endoscópicos intervencionistas, obedecerão ao previsto no item 16.2 acima, este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional.

16.4 Para paciente com direito a acomodação apartamento (plano especial), e internado em enfermaria por falta de leito, deverá ser remunerado conforme plano contratado, ou seja, fica previsto a valorização em dobro dos honorários médicos.

16.5 Para paciente com direito a acomodação enfermaria (plano básico), e hospedado em apartamento por falta de leito, deverá ser cobrado conforme plano contratado do paciente, ou seja, não cabe a dobra dos honorários médicos.

16.6 Os atos do médico assistente quando o paciente estiver internado em UTI terão seus valores de Honorários remunerados de acordo com o tipo de acomodação do paciente.

16.7 O critério do item 16.3 não se aplica ao intensivista diarista e ao intensivista plantonista.

16.8 Os atos do médico assistente quando o procedimento for realizado em "day clinic" será pago de acordo com o tipo de acomodação do paciente.

17. APLICAÇÃO

17.1 Cabe à Comissão de Adequação do Rol e Comitê de Valorização dos Honorários, definir alterações neste Rol sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nele estiver contido.

17.2 Os materiais e medicamentos devem ser cobrados de acordo com os códigos e nomenclaturas definidas na Tabela Nacional Unimed de Materiais e Medicamentos.

18. RADIOLOGIA

18.1 Desdobramento de exames: Os exames de imagem que foram desdobrados ou sofreram sobreposição tiveram seus valores adequados no Rol de Procedimentos Médicos Unimed, mantendo-se o preço praticado. (p.ex: Ultra-sonografia vascular com doppler colorido, deixa de ser remunerado em dois códigos, porém mantém o preço praticado).

19. MÉTODOS INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM

19.1 Quando houver procedimento intervencionista o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago. Exceto quando houver código específico para este procedimento, inexistente na tabela AMB 92 ou código já valorado conforme as regras vigentes.

19.2 Referente aos códigos 31201032 e 31201040: Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (40901335).

19.3 Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

19.4 Angiografias por cateter (40812030, 40812049, 40812057 e 40812065) incluem-se no máximo 3 vasos.

19.5 Quando realizado angiografia diagnóstica e / ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 14 destas Instruções Gerais.

19.6 Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.

19.7 ANGIOMEDULAR - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.

19.8 Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.

19.9 Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.

19.10 Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

20. PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS INTERVENCIONISTAS

20.1 A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e conseqüentemente classificação de Risco do paciente, está incluída nos portes respectivos de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contra-indicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta.

20.2 Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração destes atos obedecerá ao item 14.1 destas Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.

20.3 Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus portes. Os portes e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos dependentes de RX não incluem os portes e custos operacionais da Radiologia.

20.4 Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 16 destas Instruções Gerais; este adicional, contudo, não se aplica ao custo operacional ou taxas. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 destas Instruções Gerais.

20.5 Nos procedimentos endoscópicos, onde há o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal (item 15 destas Instruções Gerais).

20.6 Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2, código 31602231; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3, código 31602240.

21. PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR LASER E RADIOFREQUÊNCIA

Os procedimentos realizados por laser e radiofrequência somente terão cobertura assegurada quando assim especificados na RN 465, anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

22. MEDICINA NUCLEAR

22.1 O procedimento 40701140 (Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico) não inclui teste ergométrico convencional (40101045) nem o Teste Ergométrico Computadorizado (40101037), que devem ser remunerados à parte, desde que realizado por médico.

22.2 Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído porte 2, código 31602320.

22.3 Os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor.

23. MEDICINA TRANSFUSIONAL - INSTRUÇÕES TÉCNICAS

23.1 O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.

23.2 Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e / ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.

23.3 Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.

23.4 As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.

23.5 Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco periférica, acompanhamento hospitalar / dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 15 destas Instruções Gerais.

23.6 O porte atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e / ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um porte para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 40401022.

23.7 Pagamento para banco de sangue quando cobrado na forma de pacote, no Intercâmbio Nacional informar o código principal, composição e respectivo valor no campo de observações.

24. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

24.1 Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do procedimento correspondente.

24.2 Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 31602274.

24.3 O código 31602274 Anestesia para exames de tomografia computadorizada Porte Anestésico 2, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de tomografia computadorizada realizados, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.

24.4 Artro-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste.

24.5 Quando solicitado exame de 02 áreas, na segunda área será cobrado 70% do Coeficiente de Remuneração Radiológica. (CRR)

24.6 Quando solicitado exame de 03 áreas, na segunda área será cobrado 70% e na terceira 50% do CRR.

24.7 Somam-se os valores dos filmes de cada área.

25. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

25.1 Quando solicitado exame de dois (2) segmentos a serem realizados no mesmo período, o segundo será cobrado com 80% do CRR.

25.2 Estudo dinâmico de RM: acrescentar 50% ao valor do CRR.

25.3 Quando solicitada conjuntamente com outro exame segue a regra de 02 segmentos.

25.4 Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 31602282.

25.5 O código 31602282 Anestesia para exames de ressonância magnética Porte Anestésico 3, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de ressonância magnética realizados, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.

26. ULTRA-SONOGRAFIAS

26.1 A cada ultra-sonografia realizada, será pago o valor de 100% no Intercâmbio Nacional.

26.2 Os procedimentos 40901335 Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino) e 40901173, Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remunerados concomitantemente; entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Este critério se aplica também aos procedimentos 40901300 Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e 40901181 Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo).

26.3 Referente aos códigos 40902030 e 40902048: Já incluem o código 40901335.

26.4 Procedimentos intervencionistas orientados por ultrassom acrescem portes e normas do item 19 destas Instruções Gerais.

26.5 Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 31602266.

27. ANGIORRADIOLOGIA 40812995

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 31602258, sendo valorado em 100% do porte anestésico para primeiro vaso e 50% do porte anestésico para cada um dos demais vasos estudados, em conformidade com os códigos aplicados para ANGIORRADIOLOGIA 40812006.

28. SEGMENTO EM COLUNA

O conceito de “segmento” em coluna vertebral se refere a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas capsuloligamentares e musculares.

Foi deliberado pelo comitê que não se aplica a regra dos redutores 70% e 50% para este caso. O código CBHPM 41001133 TC - Coluna - seguimento adicional já é para adicional.

29. ELETROFISIOLOGIA

29.1 A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

29.2 Referente ao código 30918081: - procedimento terapêutico; - permanência hospitalar máxima de dois dias; - de duas a quatro vias de acessos vasculares distintas; - vias de acessos especiais, como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade; - estudo eletro fisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos e mapeamento eletroanatômico 3D encerram objetivos diversos não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação e/ou que envolvem alto grau de complexidade, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou quando realizados por decisão transoperatória. Procedimentos excludentes: - acessos vasculares periféricos; - acessos vasculares centrais; - cateterismo de câmaras cardíacas; - provas farmacológicas ou elétricas.

29.3 Referente ao código 30918030: - procedimento de identificação da região responsável pela arritmia por meio de técnica de mapeamento em imagem 3D; - não dispensa o mapeamento convencional por técnica eletro fisiológica; - habitualmente empregada nos procedimentos de ablação percutânea.

30. ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

30.1 Ref. 40601013: Restringe-se ao exame feito durante o ato cirurgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina; estes serão valorados de acordo com os itens pertinentes da Classificação. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 40601110.

30.2 Ref. 40601030: Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. Assim como no código anterior não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.

30.3 Ref. 40601072; 40601080; 40601099 e 40601102: O porte se refere apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente. Exemplo: Punções realizadas em diferentes quadrantes de mama ou diferentes nódulos de tireóide, são consideradas punções distintas. Os códigos 40601099 e 40601102 são usados somente para a primeira região puncionada, devendo as demais seguirem os códigos 40601072 ou 40601080. A análise do material obtido terá seu porte fixado conforme código 40601110 e 40601250.

30.4 Ref. 40601110: Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente (exige a confecção de um a três blocos histológicos); cada "cell block" advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza e "imprints"; biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em cortes separados. Múltiplos frascos enviados separadamente são remunerados por este código para cada frasco processado, independente de discriminação das amostras. Múltiplos fragmentos colocados em um mesmo frasco, mas que tenham sido obtidos de regiões topográficas ou de lesões diferentes serão remuneradas de acordo com o código 40601110. O valor final do exame será obtido pelo valor do código multiplicado pelo número de regiões topográficas ou lesões referidas na requisição médica.

30.5 Ref. 40601153: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (40601110, 40601200 e 40601218). Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.

30.6 Ref. 40601196: Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco que exigem a confecção de três ou mais blocos histológicos. Este código remunera cada frasco contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).

30.7 Ref. 40601200: Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. Incluem as exérese de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado. Outros exemplos são: histerectomia simples (corpo e colo são remunerados separadamente), ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorróida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar, etc. Esse procedimento geralmente exige a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada em frascos diferentes será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame. Nódulos tumorais múltiplos (mamários, prostáticos, miomatosos, etc), são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independente de serem colocados em um mesmo frasco.

30.8 Ref. 40601218: Peças cirúrgicas ou anatômicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. São exemplos: os produtos de cirurgias radicais, como amputação de pênis, colectomia, conização de colo uterino, enterectomia, esofagectomia, esvaziamento ganglionar (monobloco isolado), exenteração de globo ocular, gastrectomia, histerectomia radical (por neoplasia), laringectomia, mastectomia, nefrectomia, orquiectomia, pneumectomia (ou lobectomia), prostatectomia, quadrantectomia mamária. Retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia (ou lobectomia), vulvectomia, etc.

Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas (para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3,0 cm); as ressecções de tumores volumosos (maiores de 7,0 cm); as ressecções de órgão parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, próstáticos, etc.; a placenta (disco placentário); em caso de gêmeares, cada placenta é remunerada de forma independente.

30.9 Ref. 40601226: Peças cirurgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirurgica simples ou complexa, enviada em monobloco, ou de um espécime de amputação, como por exemplo:

30.9.1 Estruturas vizinhas - ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente;

30.9.2 Margens cirurgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa;

30.9.3 Cordão umbilical e membranas de uma placenta.

30.10 Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirurgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endo cervicais) e de até cinco margens cirurgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

30.11 Ref. 40601250: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões terão seus portes e UCO fixados separadamente (independente de ser de mesmo órgão ou de órgãos diferentes). Da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste código para cada 5 lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireóide, equivale 3 vezes o código 40601250).

31. HEMOGLOBINA GLICADA

A “Hemoglobina Glicada - (A1 total) - pesquisa e/ou dosagem 40302075, está inclusa no código 40302733 - “Hemoglobina Glicada (fração A1c) - pesquisa e/ou dosagem.

32. ESTERILIZAÇÃO E LAQUEADURA TUBÁRIA

Referente aos códigos 31304010 e 31304052. A esterilização feminina deve obedecer ao disposto na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

33. DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO ANS

Será necessária autorização para todos os procedimentos sinalizados com Diretriz de Utilização da ANS, exceto para os casos deliberados pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos.

34. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL E REPERTORIZAÇÃO.

Os procedimentos referentes a avaliação geriátrica global e repertorização foram considerados pela Comitê de Adequação do Rol como intrínsecos à consulta médica.

35. AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL POR ANTROPOMETRIA (INCLUI CONSULTA E AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL POR BIOIMPEDANCIOMETRIA)

Os procedimentos referentes a avaliação da composição corporal por antropometria e por bioimpedanciometria são excludentes quando cobrados simultaneamente a consulta.

36. PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS COM BIÓPSIA

No entendimento da Comissão de adequação do Rol de Procedimentos Unimed, a colonoscopy com biópsia e a endoscopia digestiva alta com biópsia são considerados procedimentos diagnósticos.

37. PORTE ANESTÉSICO PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Para remuneração dos honorários do anestesta em atos odontológicos, que por imperativo clínico, necessitam de suporte hospitalar será considerado o valor do porte anestésico 3.

38. HONORÁRIOS MÉDICOS PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA

Para os Procedimentos endoscopia diagnóstica alta seguida de uma endoscopia diagnóstica baixa: remuneração do anestesta mantida a 100% e 70%; remuneração do endoscopista alterada para 100% e 100%.

Para dois procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos independente da via, a remuneração do endoscopista será 100% e 100%.

Para os procedimentos de endoscopia diagnóstica simultâneos pela mesma via a remuneração do anestesta será a 100% e 50%.

39. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)

Quando uma tomografia de coerência ótica for realizada bilateralmente, remunera-se 100% do valor do procedimento e 70% do valor total para o segundo procedimento.

40. BUCOMAXILO FACIAL

Os procedimentos “Tratamento cirurgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo facial (com diretriz de utilização)” e “Tratamento cirurgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo facial (com diretriz de utilização)”, incluídos no Rol de cobertura obrigatória serão considerados pelo código 30101913 - Tu partes moles - exérese - porte 4A, 1 auxiliar, porte anestésico 1.

41. DUT 97

Referente a Diretriz de Utilização 97 (Sutura de Ferida na Região Buco Maxilo Facial), os códigos utilizados por similaridade serão:

30101786 Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento;

30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento.

Os procedimentos não serão sinalizados no Rol com Diretriz de Utilização, visto que são realizados para outras indicações.

42. CONSULTA HOSPITALAR FISIOTERAPIA

A consulta hospitalar em fisioterapia será remunerado uma por internação quando solicitado pelo médico assistente e registrada em prontuário. Não será remunerada concomitante a sessão.

Na necessidade de outra consulta deverá haver justificativa/solicitação do médico assistente.

43. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem não esta coberta no Rol Unimed conforme definido pela Comissão Nacional de Adequação do Rol, em atenção a Padronização Nacional de Diárias e Taxas, na qual os cuidados de enfermagem estão incluídos na diária hospitalar. "Cuidado de enfermagem/serviço de enfermagem, compreende a realização de procedimentos e assistencia de enfermagem ao paciente pela equipe de enfermagem. Não estão contemplados os nsumos referentes aos cuidados, exceto os insumos que ja estão inclusos na descrição dos itens".

44. CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA PERCUTÂNEA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL

Código TUSS 30404177 - Cirurgia para prótese auditiva percutânea ancorada no osso unilateral (primeira implantação ou substituição) aprovado pelo CNA com a mesma valoração do procedimento Implante Coclear (30404061) descrito no Rol de Procedimentos Médicos

45. ABDOMINOPLASTIA PÓS BARIÁTRICA

Abdominoplastia corresponde a procedimento mais complexo do que a dermolipectomia, pois associa a plicatura dos mm. retos abdominais e onfaloplastia à simples dermolipectomia abdominal.

46. HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE (HDF-OL)

O valor alocado no Rol Unimed para esse procedimento inclui todo honorário médico e de enfermagem, insumos, aluguéis e taxas

47. ORIENTAÇÕES CNA E CNI SOBRE A DISPOSIÇÃO DE VALORES DE HM E UCO NO ROL NACIONAL, REPLICADO AO ROL ESTADUAL

A coluna “Custo Operacional” de alguns procedimentos foi preenchida com o valor de R\$0,01 na previsão de custo operacional para adequação do novo lay out, conforme previsto no Rol Nacional. Na realização da cobrança, a Unimed Executora poderá preencher o valor conforme sua negociação com a sua rede prestadora, desde que a soma das colunas HM + UCO (Custo Operacional) não ultrapassem o valor previsto na coluna “Valor Total”. Para efeito de pagamento no intercâmbio, a Unimed Origem deverá validar apenas a coluna valor total. Ou seja, não pode aplicar glosa sobre o campo “custo operacional”. A CMB (Central de Movimentação Bach) irá validar se existe algum valor informado na coluna “Custo Operacional”, quando na planilha estiver previsto o valor de R\$0,01. Ou seja, sempre que houver previsão de valor para o custo operacional, esta coluna deve estar preenchida.