



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5	2702001-0	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde

TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5	2702001-0	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5	2702001-0	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8	27040461	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde

**TABELA DE CÓDIGOS****HEMOCENTRO COORDENADOR****CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADA**

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS	
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3	2702002-9	-	
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-	
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-	
PROCESSAMENTO			-	
ABO/RH(**) Doador			-	
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-	
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-	
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-	
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-	
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6		
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2		
VDRL	4040360-2	2704030-5		
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0		
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7		
HTLV I	4040342-4	2704045-3		
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-	-		-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4		021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1		
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8	
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-	

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADA IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3	2702002-9	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-	-	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (**)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5	2702001-0	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETOFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	-
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8	2704046-1	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (**)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA LAVADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3	2702002-9	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8	27040461	
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-	-	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA FILTRADA LAVADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3	2702002-9	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8	2704046-1	
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-	-	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS (RANDÔMICAS)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6	2704046-1	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	-
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6	2704046-1	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	-
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
KIT AFÉRESE	4040202-9	2704016-0	
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0	2703003-2	
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1	2804048-1	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1	2702004-5	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	-
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
KIT AFÉRESE	4040202-9	2704016-0	
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0	2703003-2	
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1	2804048-1	-
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6	2704046-1	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS	
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1	2702004-5	-	
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-	
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-	
PROCESSAMENTO			-	
ABO/RH(**) Doador			-	
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-	
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-	
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-	
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	-	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2		
VDRL	4040360-2	2704030-5		
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0		
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7		
HTLV I	4040342-4	2704045-3		
KIT AFÉRESE	4040202-9	2704016-0		
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0	2703003-2		-
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1	2804048-1		-
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0		-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1		
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8	
TAXA DESCARTÁVEIS (**)	80043909	2704035-6	-	

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS	
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1	2702004-5	-	
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-	
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-	
PROCESSAMENTO			-	
ABO/RH(**) Doador			-	
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-	
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-	
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-	
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	-	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2		
VDRL	4040360-2	2704030-5		
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0		
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7		
HTLV I	4040342-4	2704045-3		
KIT AFÉRESE	4040202-9	2704016-0		
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0	2703003-2		-
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1	2804048-1		-
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0		-
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6	2704046-1	-	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1		
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8	
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-	

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PFC	4040209-6	2702006-1	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO IRRADIADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE PFC	4040209-6	2702006-1	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	-
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE CRIOPRECIPITADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE CRIO	4040208-8	2702005-3	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE CRIOPRECIPITADO IRRADIADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS
UNIDADE CRIO	4040208-8	2702005-3	-
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-
PROCESSAMENTO			-
ABO/RH(**) Doador			-
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6	2704014-3	-
HBSAG	4040366-1	2704004-6	-
ANTI HBC	4040346-7	2704021-6	
ANTI HIV	4040350-5	2704023-2	
VDRL	4040360-2	2704030-5	
CHAGAS E.I.E.	4040344-0	2704041-0	
ANTI HCV	4040348-3	2704043-7	
HTLV I	4040342-4	2704045-3	
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4	2704033-0	
PAI (*)	4040334-3	2704019-4	021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1	
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	CÓDIGO AMB	CÓDIGO SUS	
UNIDADE DE SANGUE TOTAL	4040210-0	2702007-0	-	
TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR			-	
COLETA DE SANGUE DE DOADOR			-	
PROCESSAMENTO			-	
ABO/RH(**) Doador			-	
ANTICORPOS IRREGULARES(**) Doador			-	
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925	2704034-8	-	
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040311-4	2704013-5	-	
HBSAG	4040367-0	2704003-8	-	
ANTI HBC	4040347-5	2704020-8		
ANTI HIV	4040351-3	2704022-4		
VDRL	4040361-0	2704029-1		
CHAGAS E.I.E.	4040345-9	2704040-2		
ANTI HCV	4040349-1	2704042-9		
HTLV I	4040343-2	2704044-5		
PAI (*)	4040334-3	2704019-4		021201002-6
ABO / RH (*)	4040317-3	2704015-1		
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8	2704024-0		021201003-4
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4	2703005-9	030302006-8	
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909	2704035-6	-	

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões.

(**) Estes testes são realizados na amostra do Doador

(***) Procedimentos realizados pelo o Hospital e faturados para o Hospital.

Os códigos em vermelho são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde