



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADA IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040204-5
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA LAVADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADA FILTRADA LAVADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE HEMACIAS	4040205-3
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040211-8
LAVAGEM DE COMPONENTES CELULARES	-
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS (RANDÔMICAS)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETOFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040207-0
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
KIT AFÉRESE	4040202-9
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
KIT AFÉRESE	4040202-9
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE IRRADIADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV PL	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
KIT AFÉRESE	4040202-9
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE IRRADIADA FILTRADA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PLAQUETAS	4040206-1
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
KIT AFÉRESE	4040202-9
OPERAÇÃO DE PROC.	4040330-0
HEMOGRAMA COMPLETO	4030436-1
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
DELEUCOTIZAÇÃO (FILTRO)	4040212-6
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PFC	4040209-6
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO IRRADIADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE PFC	4040209-6
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE CRIOPRECIPITADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE CRIO	4040208-8
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETOFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (***)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE CRIOPRECIPITADO IRRADIADO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE CRIO	4040208-8
TAXA DE BOLSA PLASTICA	80043925
ELETROFORESE HEMOGLOBINA	4040310-6
HBSAG	4040366-1
ANTI HBC	4040346-7
ANTI HIV	4040350-5
VDRL	4040360-2
CHAGAS E.I.E.	4040344-0
ANTI HCV	4040348-3
HTLV I	4040342-4
TX DE IRRADIAÇÃO	4040213-4
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.



TABELA DE CÓDIGOS

HEMOCENTRO COORDENADOR

CONCENTRADO DE SANGUE TOTAL

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
UNIDADE DE SANGUE TOTAL	4040210-0
TAXA DE BOLSA PLÁSTICA	80043925
ELETOFORESE HEMOGLOBINA	4040311-4
HBSAG	4040367-0
ANTI HBC	4040347-5
ANTI HIV	4040351-3
VDRL	4040361-0
CHAGAS E.I.E.	4040345-9
ANTI HCV	4040349-1
HTLV I	4040343-2
PAI (*)	4040334-3
ABO / RH (*)	4040317-3
PROVA COMPATIBILIDADE (*)	4040340-8
TRANSFUSÃO (ATO MÉDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE - AMBULATORIAL OU HOSPITALAR) (**)	4040101-4
TAXA DESCARTÁVEIS (***)	80043909

(*) Itens podem ser realizados e cobrados mesmo que não ocorra a transfusão. A quantidade destes procedimentos pode variar independente do número de transfusões. Procedimentos realizados e faturados para o Hospital, exceto para os casos de PAI positivo.

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

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

Os códigos em vermelhos são faturados conforme acordo com os Planos de Saúde. Atenção com códigos da Unimed.

Favor atentar aos comunicados enviados pelo HEMOSC pois, cobranças/faturamento realizados indevidamente, serão de responsabilidade do conveniado.