ANEXO N

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

COMANDO MILITAR DO NORDESTE

1ª COMPANHIA DE INFANTARIA

(1ª Companhia Independente de Fuzileiros/1954)

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SÁUDE E TRANSPOSTE INTRA-HOSPITALAR DA GUARNIÇÃO DE PAULO AFONSO - BA

1. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Assistência Domiciliar (suporte básico):

1.1.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta;

1.1.2. Valor: Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando a assistência domiciliar; e

1.1.3. Suporte Básico, quando necessário:

1.1.3.1. Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, Treinamento de Cuidador/Acompanhante, Central de Atendimento Telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

1.1.3.2. Inclui, também, o mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro e um aspirador de secreção; e

1.1.3.3. Valor: R$ 850,00 por dia.

1.2. Internação Domiciliar:

1.2.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade:

1.2.1.1. Além do previsto nos subitens 1.1.3.1 e 1.1.3.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 06 (seis) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

1.2.1.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.1.3. Valor: R$ 440,00 por dia.

1.2.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade:

1.2.2.1. Além do previsto nos subitens 1.1.3.1 e 1.1.3.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

1.2.2.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.2.3. Valor: R$ 520,00 por dia.

1.2.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade:

1.2.3.1. Além do previsto nos subitens 1.1.3.1 e 1.1.3.2, estão incluídos os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia e um aparelho de pressão arterial;

1.2.3.2. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.3.3. Valor: R$ 900,00 por dia.

1.3. Gerenciamento de casos Crônicos:

1.3.1. Compreender a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias;

1.3.2. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado como GCB, GCI ou GCA;

1.3.3. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

1.3.3.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo freqüentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

1.3.3.2. Paciente dependente parciais ou independentes de seus cuidadores;

1.3.3.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção; 1.3.3.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternação sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

1.3.3.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença;

1.3.3.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.3.7. Valor R$ 110,00 / mês.

1.3.4. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

1.3.4.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou

demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

1.3.4.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.4.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

1.3.4.4. Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

1.3.4.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetições de procedimentos e exames invasivos;

1.3.4.6. Pacientes com infecções de repetição;

1.3.4.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.4.8. Valor R$ 130,00 / mês.

1.3.5. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

1.3.5.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

1.3.5.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.5.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

1.3.5.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso á rede de atenção;

1.3.5.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis de procedimentos e exames invasivos;

1.3.5.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;

1.3.5.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.5.8. Valor R$ 130,00 /mês.

2. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Médico: R$ 210,00 visita:

2.1. Enfermeiro: R$ 110,00 por sessão.

2.2. Fisioterapia (motora / respiratória): R$ 110,00 por sessão.

2.3. Terapeuta ocupacional: R$ 110,00 por sessão.

2.4. Fonoaudiologia: R$ 110,00 por sessão.

2.5. Psicologia: R$ 110,00 por sessão.

2.6. Nutricionista: R$ 110,00 por sessão.

2.7. Assistente Social: R$ 110,00 por sessão.

3. OXIGENIOTERAPIA E EQUIPAMENTOS

3.1. Tabela com os valores referentes às locações mensais:

ITEM (Locação Mensal)	VALOR (R$)
Andador	R$ 30,00 (não cobrar na internação)
Aspirador	R$ 45,00 (não cobrar na internação)
Aspirador de Oxigênio	R$ 80,00 (não cobrar na internação)
Assento Sanitário (1º aluguel)	R$ 30,00 (não cobrar na internação)
Base aquecida para CPAP	R$ 110,00 (não cobrar na internação)
BIPAP com base aquecida	R$ 650,00
Cadeira de Banho	R$ 135,00(não cobrar na internação)
Cadeira de Rodas Especial	R$ 100,00 (não cobrar na internação)
Cadeira de Rodas Simples	R$ 100,00 (não cobrar na internação)
Cama	R$ 150,00 (não cobrar na internação)
Cilindro O_2 – 01 m^3	R$ 80,00
Cilindro O_2 – 10 m^3	R$ 180,00
Cilindro O_2 – 4 m^3	R$ 100,00
Cilindro O_2 – 8 m^3	R$ 150,00
Concentrador de O_2	R$ 600,00
CPAP com base aquecida	R$ 300,00
Macro/Nebulizador	R$ 70,00 (não cobrar na internação)
No break	R$ 70,00 (não cobrar na internação)
Oxímetro de Pulso	R$ 100,00 (não cobrar na internação)
Recarga Cilindro O_2 – 01 m^3 (por recarga)	R$ 58,00

Recarga Cilindro O_2 – 10 m^3 (por recarga)	R$ 88,00
Recarga Cilindro O_2 – 4 m^3 (por recarga)	R$ 68,00
Recarga Cilindro O_2 – 8 m^3 (por recarga)	R$ 120,00
Suporte de Cilindro de O_2	R$ 90,00
Suporte de Soro	R$ 70,00 (não cobrar na internação)
Ventilador de volume LTV 1000	R$ 1.380,00

4. INSTRUÇÕES GERAIS

4.1. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da internação domiciliar.

4.2. No valor das diárias deverão estar incluídos:

4.2.1. Troca de roupa de cama e banho de paciente;

4.2.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;

4.2.3. Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);

4.2.4. Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;

4.2.5. Orientação nutricional no momento da alta;

4.2.6. Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, etc);

4.2.7. Aspirador de secreções;

4.2.8. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e

4.2.9. Equipamentos de proteção individual (EPI).

4.3. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.

4.4. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica e comprovação de sua efetiva utilização, observadas a Seção 8 do Edital e as regras seguintes: antes de cada reembolso, o CREDENCIANTE consultará o Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde (BPS/MS); se os dados estiverem desatualizados, forem insuficientes ou não permitirem comparação adequada, realizará pesquisa de preços no mercado local. Para medicamentos sujeitos à regulação da CMED/ANVISA, o Preço Fábrica (PF), ou o parâmetro regulatório aplicável, constituirá teto de ressarcimento, prevalecendo o menor valor entre o preço comprovado, o preço de mercado apurado e o teto regulatório. O CREDENCIADO apresentará nota fiscal ou documento fiscal equivalente, atualizado e discriminado, com identificação do medicamento, apresentação, quantidade, valor unitário e vínculo com o paciente/atendimento. A auditoria poderá solicitar documentos complementares e glosar, mediante motivação, valores não comprovados ou superiores ao limite devido.

4.5. Referencial para cobrança de medicamentos:

4.5.1. Xylocaína líquida: será cobrada por ml;

4.5.2. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 (dez) gr e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gr; e

4.5.3. Dersani: será cobrado 20 (vinte) ml por lesão, somente com prescrição.

4.6. Os materiais serão pagos conforme estabelecido no item 6 deste contrato.

4.7. Será pago o valor de uma visita semanal ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.

4.8. Não será pago coleta de exames pelos serviços terceirizados.

4.9. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.

4.10. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de diária.

4.11. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.

4.12. As luvas de procedimento serão pagos 10 (dez) pares para Assistência Domiciliar. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

4.13. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.

4.14. Os curativos especiais serão pagos conforme item 7.2, deste contrato, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.

4.15. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá ter justificativa.

4.16. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUSEx:

5.1. Absorvente Higiênico.

5.2. Aconchego.

5.3. Água oxigenada.

5.4. Algodão.

5.5. Aparelho para barbear/tricotomia.

5.6. Aquecedor e manta térmica.

5.7. Bacia plástica.

5.8. Band-aid.

5.9. Blusas descartáveis.

5.10. Bolsa de água quente.

5.11. Bom ar.

5.12. Borracha para aspirador.

5.13. Cadeira de apoio para banho.

5.14. Cânula de Guedel.

5.15. Cinta lombar.

5.16. Clorohex.

5.17. Colar cervical.

5.18. Colete lombar.

5.19. Combi-red (tampa para soro).

5.20. Compressa cirúrgica.

5.21. Conecção para aspiração, bomba e pressão.

5.22. Conector.

5.23. Copo descartável.

5.24. Cotonete.

5.25. Creme dental.
5.26. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.
5.27. Dispositivo anti-trombolítico.
5.28. Escova de degermação.
5.29. Escova de dente.
5.30. Escova para assepsia das mãos.
5.31. Esponja para banho.
5.32. Estabilizador de tornozelo.
5.33. Éter benzina e tintura de iodo.
5.34. Faixa elástica pós-operatória.
5.35. Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
5.36. Filtro respirador.
5.37. Fiso-Hex, povidine.
5.38. Fixador de tubo traqueal.
5.39. Fixador externo.
5.40. Formol.
5.41. Frascos para exame.
5.42. Fraldas descartáveis.
5.43. Gaze radiopaca.
5.44. Gesso sintético.
5.45. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
5.46. Imobilizador.
5.47. Lâmina para tricotomia.
5.48. Látex extensor de O2.
5.49. Lençol descartável.
5.50. Manta.
5.51. Manteiga de cacau.
5.52. Máscara laríngea.
5.53. Meia elástica.
5.54. Meia, cinta, atadura e calça elástica.
5.55. Micro por espaçador.
5.56. Muletas.
5.57. Pasta gel.
5.58. Pijama descartável.
5.59. Plug adaptador macho.
5.60. Sabonete.
5.61. Sandália para gesso.
5.62. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.
5.63. Sensor para oxímetro.
5.64. Tapoin.
5.65. Termômetros.
5.66. Tipóias.
5.67. Toalha descartável.

6. DETERMINAÇÕES SOBRE OPEMEC DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

6.1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.

6.2. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.

6.3. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.

6.4. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.

6.5. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.

6.6. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: 03 (três) por dia.

6.7. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.

6.8. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.

6.9. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago 01 (um) por internação.

6.10. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF ou 0.2 ml de heparina.

6.11. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.

6.12. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem.

6.13. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.

6.14. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.

6.15. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.

6.16. EQUIPO DE INFUSÃO DE DIETAS ENTERAIS: o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.

6.17. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS E SOROTERAPIAS: o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas e para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.

6.18. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS: o pagamento será por droga/soro aplicada/dia utilizado.

6.19. JELCOS E SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.

6.20. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.

6.21. SONDA NASOGÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.

6.22. SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica.

Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

6.23. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

6.24. Observação:

6.24.1. Mediante justificativa médica, os fracionamentos poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.

7. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

7.1. Tabela com a classificação dos curativos:

Tamanho	Extensão	Profundidade	Exsudação	Pomada / Solução	Quantidade
Pequeno	Variável	Lesão de epiderme	Ausente	Dermazine Dersani Kollagenase Age	10 ml 10 ml 10 g. 10 ml
Médio	Variável	Lesão de epiderme e parcial da derme	Mínima a Moderada	Dermasine Dersani Kollagenase Age	15 ml 15 ml 15 g. 15 ml
Grande	Variável	Toda a derme e epiderme destruída	Abundante	Dermasine Dersane Kollagenase Age	20 ml 20 ml 20 g. 20 ml

7.2. Curativos Especiais:

7.2.1. Serão pagos, mediante prescrição médica ou de acordo com a tabela abaixo:

Descrição do curativo	Freqüência de trocas
Alginato de cálcio, Carvão ativado c/ prata	a cada 03 (três) dias
Hidrocolóide, Hidrogel	de 04 (quatro) a 07 (sete) dias

7.2.2. Caso seja necessário realizar trocas de curativos com freqüência maior do que o especificado no subitem 7.2.1, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo Enfermeiro.

8. DIETAS

8.1. As dietas serão pagas conforme tabela abaixo:

Descrição Dieta	Preço por unidade (R$)
Isosource HN 1000mL	155,87
Isosource Soya 1000mL	85,85
Isosource Standart 1000mL	170,00
Nutren Active 400g	49,22
Nutren 1.0 400g	95,00
Nutri Enteral Soya 800g	98,00
Nutridrink 325g	52,00
Resource Protein 240g	112,00
Resource Thicken Up 240g	160,00
Trophic Basic 1000mL	172,00

9. TABELA DE VALORES DE REMOÇÃO MÉDICA

9.1. As remoções serão pagas conforme tabela abaixo:

Descrição	Preço em Real (R$)
Remoção Médica	
Transporte extra-hospitalar terrestre de pacientes graves, 1ª hora	280,00
Transporte extra-hospitalar terrestre de pacientes graves, por hora adicional	350,00
Remoção UTI ida (perímetro urbano)	800,00
Remoção UTI ida e volta (perímetro urbano)	1.200,00
Remoção UTI neonatal ida (perímetro urbano)	800,00
Remoção UTI neonatal ida e volta (perímetro urbano)	1.200,00
Taxa de espera de ambulância simples (a partir da 2°h, por hora)	96,00
Taxa de espera de ambulância UTI (a partir da 2°h, por hora)	120,00
Taxa inicial ambulância simples	500,00
Taxa KM rodado ambulância simples	8,20
Taxa inicial ambulância UTI	1.390,00
Taxa KM rodado ambulância UTI	11,20
Taxa inicial ambulância UTI pediátrica	1.390,00
Taxa KM rodado ambulância UTI pediátrica	11,20
Taxa inicial ambulância neonatal	1.390,00
Taxa KM rodado ambulância neonatal	11,20