ANEXO N – LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE DO 12º REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 6ª DE
12º REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO
(2º R Auto Mtr de Cav/1943)

REGIMENTO MARECHAL JOSÉ PESSOA

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE DO 12º REGIMENTO DE CAVALARIA MECANIZADO

1. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Internação Domiciliar:

1.1.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade:

1.1.1.1. Por atendimento Técnico de enfermagem 6 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora respiratória até 3 sessões por semana, fonoaudiologia ate 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional e acompanhamento visita mensal, orientação família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.

1.1.1.2. Valor: R$ 221,58 (duzentos e vinte e um reais e cinquenta e oito centavos) por dia.

1.1.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade:

1.1.2.1. Por atendimento Técnico de enfermagem 12 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora respiratória até 3 sessões por semana, fonoaudiologia ate 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional e acompanhamento visita mensal, orientação família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.

1.1.2.2. Valor: R$ 354,53 (trezentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta e três centavos) por dia.

1.1.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade:

1.1.3.1. Por atendimento Técnico de enfermagem 24 horas diárias, visita médica mensal, visita de enfermagem semanal, fisioterapia motora respiratória até 3 sessões por semana,

fonoaudiologia ate 2 sessões por semana, avaliação e acompanhamento nutricional e acompanhamento visita mensal, orientação família e identificação do cuidador, treinamento do familiar para desmame ou alta assistência e central de atendimento 24 horas.

1.1.3.2. Valor: R$ 687,48 (seiscentos e oitenta e sete reais e quarenta e oito centavos) por dia.

2. OXIGENIOTERAPIA E EQUIPAMENTOS

2.1 Tabela com os valores referentes às locações mensais:

ITEM (Locação Mensal)	VALOR (R$)
Andador	R$ 38,50
Aspirador	R$ 55,00
Aspirador de Oxigênio	R$ 80,00
Assento Sanitário (1º alugel)	R$ 27,00
Base aquecida para CPAP	R$ 154,00
BIPAP com base aquecida	R$ 1.417,00
Cadeira de Banho	R$ 38,50
Cadeira de Rodas Especial	R$ 77,00
Cadeira de Rodas Simples	R$ 55,00
Cama	R$ 132,00
Cilindro O_2 – 01 m^3	R$ 43,00
Cilindro O_2 – 10 m^3	R$ 135,00
Cilindro O_2 – 4 m^3	R$ 92,00
Cilindro O_2 – 8 m^3	R$ 123,00
Concentrador de O_2	R$ 337,80
CPAP com base aquecida	R$ 444,53
Macro/Nebulizador	R$ 114,00
No break	R$ 154,00
Oxímetro de Pulso	R$ 153,00
Recarga Cilindro O_2 – 01 m^3 (por recarga)	R$ 16,50
Recarga Cilindro O_2 – 10 m^3 (por recarga)	R$ 132,00
Recarga Cilindro O_2 – 4 m^3 (por recarga)	R$ 71,50
Recarga Cilindro O_2 – 8 m^3 (por recarga)	R$ 115,50
Suporte de Cilindro de O_2	R$ 30,00
Suporte de Soro	R$ 18,00
Ventilador de volume LTV 1000	R$ 3943,00

3. INSTRUÇÕES GERAIS

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

3.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

3.1.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;

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

3.1.4. 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;

3.1.5. Orientação nutricional no momento da alta;

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

3.1.7. Aspirador de secreções;

3.1.8. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e

3.1.9. Equipamentos de proteção individual (EPI).

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

3.2 As medicações serão pagas conforme prescrição médica, mas em caso de medicações similares ou genéricos existentes no mercado serão pagos os valores médios dos genéricos. O CREDENCIADO fica responsável por apresentar Nota Fiscal do produto com data atualizada, ficando a verificação in loco do serviço de auditoria, se necessário.

3.3 Referencial para cobrança de medicamentos:

3.3.1. Xylocaína líquida: será cobrada por ml;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.11. 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.

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

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

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

4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUSEx:

4.1. Absorvente Higiênico.

4.2. Aconchego.

4.3. Água oxigenada.

4.4. Algodão.

4.5. Aparelho para barbear/tricotomia.

4.6. Aquecedor e manta térmica.

4.7. Bacia plástica.

4.8. Band-aid.

4.9. Blusas descartáveis.

4.10. Bolsa de água quente.

4.11. Bom ar.

4.12. Borracha para aspirador.

4.13. Cadeira de apoio para banho.

4.14. Cânula de Guedel.

4.15. Cinta lombar.

4.16. Clorohex.

4.17. Colar cervical.

4.18. Colete lombar.

4.19. Combi-red (tampa para soro).

4.20. Compressa cirúrgica.

4.21. Conecção para aspiração, bomba e pressão.

4.22. Conector.

4.23. Copo descartável.

4.24. Cotonete.

4.25. Creme dental.

4.26. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.

4.27. Dispositivo anti-trombolítico.

4.28. Escova de degermação.

4.29. Escova de dente.

4.30. Escova para assepsia das mãos.

4.31. Esponja para banho.

4.32. Estabilizador de tornozelo.

4.33. Éter benzina e tintura de iodo.

4.34. Faixa elástica pós-operatória.

4.35. Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.

4.36. Filtro respirador.

4.37. Fiso-Hex, povidine.

4.38. Fixador de tubo traqueal.

4.39. Fixador externo.

4.40. Formol.

4.41. Frascos para exame.

4.42. Fraldas descartáveis.

4.43. Gaze radiopaca.

4.44. Gesso sintético.

4.45. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.

4.46. Imobilizador.

4.47. Lâmina para tricotomia.

4.48. Látex extensor de O2.

4.49. Lençol descartável.

4.50. Manta.

4.51. Manteiga de cacau.

4.52. Máscara laríngea.

4.53. Meia elástica.

4.54. Meia, cinta, atadura e calça elástica.

4.55. Micro por espaçador.

4.56. Muletas.

4.57. Pasta gel.

4.58. Pijama descartável.

4.59. Plug adaptador macho.

4.60. Sabonete.

4.61. Sandália para gesso.

4.62. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.

4.63. Sensor para oxímetro.

4.64. Tapoin.

4.65. Termômetros.

4.66. Tipóias.

4.67. Toalha descartável.

5. DETERMINAÇÕES SOBRE OPEMEC DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

5.1. 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.

5.2. 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.

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

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

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

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

5.7. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.

5.8. 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.

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

5.10. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.22. 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.

5.23. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

5.24. Observação:

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

6. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

6.1. 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

6.2. Curativos Especiais:

6.2.1. 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

6.2.2. 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.

7. DIETAS

7.1. As dietas serão pagas conforme tabela abaixo:

Descrição Dieta	Preço por unidade (R$)
Isosource HN 1000mL	93,61
Isosource Soya 1000mL	62,67
Isosource Standart 1000mL	90,89
Nutren Active 400g	29,39
Nutren 1.0 400g	77,72
Nutri Enteral Soya 800g	120,00
Nutridrink 325g	34,58
Resource Protein 240g	120,00
Resource Thicken Up 240g	120,00
Trophic Basic 1000mL	94,16