

ANEXO O – LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE DO CTMSP



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

CENTRO TECNOLÓGICO DA MARINHA EM SÃO PAULO - CTMSP

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE DO CTMSP

1. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Assistência Domiciliar:

- 1.1.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e 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.

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\$ 185,50 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\$ 206,28 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\$ 385,47 sem Ventilação Mecânica,
R\$ 655,00 com Ventilação Mecânica, por dia.

1.3. Procedimentos de Enfermagem:

1.3.1. Serviços de técnico de enfermagem durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

1.3.2. Inclui atendimento de Técnico de Enfermagem sob Supervisão de Enfermagem;

2. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 2.1. Médico: R\$ 243,80 por visita.
- 2.2. Médico especialista: R\$ 308,00 por visita.
- 2.3. Atendimento Médico de Urgência: R\$ 308,00
- 2.4. Enfermeiro: R\$ 67,72 por sessão.
- 2.5. Fisioterapia motora: R\$ 68,25 por sessão.
- 2.6. Fisioterapia respiratória: R\$ 68,25 por sessão.
- 2.7. Terapeuta ocupacional: R\$ 78,14 por sessão.
- 2.8. Fonoaudiologia: R\$ 78,14 por sessão.
- 2.9. Psicologia: R\$ 78,14 por sessão.
- 2.10. Nutricionista: R\$ 74,20 por sessão.
- 2.11. Visita do Técnico de Enfermagem: R\$ 61,00 (por até 2h).
- 2.12. Coleta de material (laboratório), por chamada, independente do nº de exames: R\$ 57,30.

3. OXIGENIOTERAPIA E EQUIPAMENTOS

3.1. Tabela com os valores referentes às locações:

ITEM (Locação diária)	VALOR (R\$)
CAMA HOSPITALAR COM TRÊS ELEVAÇÕES E GRADES +COLCHÃO+ESCADA DE DOIS DEGRAUS	R\$ 12,72
CADEIRA HIGIÊNICA	R\$ 2,60
CADEIRA DE RODAS	R\$ 2,80
OXÍMETRO DE PULSO	R\$ 8,51
RESPIRADOR DE PRESSÃO	R\$ 42,00

VENTILADOR VOLUMÉTRICO	R\$ 74,11
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO COM BACKUP	R\$ 15,84
ASPIRADOR PORTÁTIL	R\$ 3,18
BOMBA DE INFUSÃO	R\$ 6,07
CPAP	R\$ 9,48
BIPAP	R\$ 34,38
BASE AQUECIDA	R\$ 5,60
NO-BREAK	R\$ 5,30
OXIGÊNIO m³	R\$ 36,46

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 (enterocлизма, 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. 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.

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

lateral.

5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO SSM:

- 5.1. Absorvente Higiénico.
- 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. Conexão 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

Materiais não cobertos de acordo com a DGPM 404, 4ª revisão:

- 6. seringas, gazes, luvas, lancetas e fitas de glicemia capilar, curativos especiais, colchão (qualquer tipo), equipo, frascos de dieta e sondas de aspiração gástrica, enteral e vesical, produtos de limpeza hospitalar, perfumaria, cosméticos e correlatos.
 - 7. Equipamentos: cama hospitalar, cadeira higiênica, cadeira de rodas, CPAP, BIPAP, suporte de soro;
 - 8. Medicamentos de uso crônico e não restrito hospitalar;
 - 9. Terapias não previstas e devidamente autorizadas; e
 - 10. Serviço de Ambulância, exceto para as situações que caracterizem urgência e emergência, de acordo com o edital.
11. DETERMINAÇÕES SOBRE OPEMEC DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.
- 11.1. 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.
 - 11.2. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
 - 11.3. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
 - 11.4. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
 - 11.5. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: 03 (três) por dia.
 - 11.6. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
 - 11.7. 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.
 - 11.8. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.
 - 11.9. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem.
 - 11.10. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.

- 11.11. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
- 11.12. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
- 11.13. EQUIPO DE INFUSÃO DE DIETAS ENTERAIS: o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.
- 11.14. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS E SOROTERAPIAS: o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas e para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.
- 11.15. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS: o pagamento será por droga/soro aplicada/dia utilizado.
- 11.16. JELCOS E SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- 11.17. LUVAS ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
- 11.18. SONDA NASOGÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- 11.19. 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.
- 11.20. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 11.21. Observação:
 - 11.21.1. Mediante justificativa médica, os fracionamentos poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.

12. TRANSPORTES

Remoção do paciente dentro da área de jurisdição do CTMSP:

- 12.1.1. Remoção Simples (ida) – R\$ 230,00;
- 12.1.2. Remoção Simples (ida e volta) – R\$ 400,00;
- 12.1.3. Remoção em UTI (ida) – R\$ 818,00;
- 12.1.4. Remoção em UTI (ida e volta) – R\$ 1.510,83;
- 12.1.5. Hora parada para Remoção Simples – R\$ 150,00;
- 12.1.6. Hora parada para Remoção em UTI – R\$ 180,00;
- 12.1.7. Km rodado simples – R\$ 5,50; e
- 12.1.8. Km rodado UTI – R\$ 9,00.

13. DIETAS

As dietas serão pagas conforme tabela de referência, de acordo com a DGPM 404, 4ª revisão, a tabela Brasíndice vigente na data do atendimento:

- 13.1. Suplemento para nutrição enteral ou oral industrializada ou manipulada: Constantes na Brasíndice com deflator de 45% (redução de quarenta e cinco por cento).
- 13.2. Suplemento para nutrição enteral ou oral industrializada ou manipulada: Manipuladas ou não constantes, NF + 15% (quinze por cento).