

Estudo Técnico Preliminar 324/2023

1. Informações Básicas

Número do processo: SEI 00060-00415654/2023-15

2. Descrição da necessidade

ETP - Contratação de Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal

O presente estudo visa apresentar propostas para garantir atendimento aos pacientes graves, que requerem atenção especializada e contínua em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal - SUS/DF.

A Secretaria de Estado de Saúde do DF - SES/DF, responsável pelo SUS no âmbito do Distrito Federal, oferta serviços de terapia intensiva tanto em hospitais públicos, quanto em unidades hospitalares privadas contratadas nos termos do Edital de Credenciamento nº 05/2009.

O Edital de Credenciamento nº 05/2009 - Credenciamento de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviço de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto - foi elaborado com o intuito de reduzir a demanda reprimida por leitos de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, mediante contratação, de forma complementar, de instituições privadas de saúde para atendimento aos usuários do SUS/DF e RIDE/DF.

Atualmente, estão contratados 160 leitos de UTI (145 leitos de UTI adulto, 05 leitos de UTI pediátrica e 10 leitos de UTI neonatal), o que corresponde a 29% dos leitos de UTI operacionais de toda a rede SES/DF.

Contudo, em virtude do tempo transcorrido desde a publicação do Edital nº 05/2009, das diversas mudanças administrativas, populacionais, normativas e técnicas, é mandatória a atualização do Edital em questão.

Essa atualização visa promover a adequação entre o instrumento convocatório e a atual realidade da população alvo dos serviços de terapia intensiva e foi demandada pela Secretária de Estado Saúde que, por meio do processo SEI 00060-00165470/2020-56 (Doc. 105687260), de 09 de fevereiro de 2023, determinou “sejam realizadas: (i) instruções processuais de modo a alcançar a alteração do Edital de Credenciamento nº 05/2009, de acordo com os trâmites administrativos pertinentes (...) pelas áreas técnicas.”

Ressalta-se, ainda, que o presente Estudo Técnico busca atender às recomendações do Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF, constantes do Relatório Final de Auditoria (e-DOC 684D4C6B-e Proc 9634/2017-e), sobre a contratação de entidades particulares para a execução de serviços de terapia intensiva (UTI), anexo ao Processo SEI 00060-00192027/2020-58 (Doc 39961920) que, em conclusão, apontou:

“II. determinar ao titular da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:

a) faça constar, nos processos de credenciamento de serviços de saúde, justificativas da quantidade necessária de leitos de UTI a ser contratada, baseadas em dados e informações a respeito da capacidade instalada e da demanda por serviços, conforme a Portaria GM/MS 2.567/2016, art. 3º e Instrução SES/DF 2/2011, art. 2º, inciso II; (Achado 1)

b) promova, nos processos de credenciamento e de contratação de serviços de saúde a realização de todas as etapas previstas no art. 6º da Portaria GM/MS 2.567/2016, em especial, quanto à realização do cadastro das entidades interessadas, anteriormente à habilitação e à assinatura do termo contratual, de forma a identificar a oferta dos serviços no mercado e justificar adequadamente a necessidade de contratação de todos os prestadores do serviço; (Achado 1)

c) estabeleça mecanismos de controle que garantam o envio tempestivo das minutas dos editais de credenciamento, dos contratos e seus anexos para análise da Procuradoria-Geral do DF, ressalvadas as minutas padrões, e que assegurem o atendimento adequado às recomendações do órgão jurídico; (Achado 2)

- d) aprimore os mecanismos de previsão do montante de recursos orçamentários e financeiros envolvidos nos contratos de prestação de serviços de UTI e suas prorrogações, conforme art. 7º, §2º, inciso II, Lei Federal 8.666/1993; (Achado 3)
- e) proceda à revisão da Tabela Regionalizada SUS/DF que estabelece parâmetros para pagamento pelos serviços de internação de UTI, suprimindo as omissões existentes, a exemplo da sessão de hemodiálise, e disciplinando a forma de cobrança dos itens que compõem as faturas, a exemplo de hemocomponentes, garantindo a remuneração econômica e padronizada pelos serviços prestados; (Achado 4)
- f) observe no faturamento dos serviços de UTI a Resolução CMED 3/2009, quanto à vedação de cobrança do Preço Máximo ao Consumidor em relação aos medicamentos de comercialização restrita a hospitais e clínicas; (Achado 4)
- g) promova a reavaliação das taxas de comercialização de materiais disciplinadas na Resolução CSDF 29/2005, para verificar sua pertinência no cenário atual; (Achado 4)
- h) adote medidas para aprimorar a fiscalização dos contratos de internação em UTI, de forma a:
 - (i) promover o acompanhamento da resolução das inconformidades apontadas nos relatórios de visitas técnicas emitidos pela DIVISA e demais departamentos de fiscalização da SES/DF; (Achado 6)
 - (ii) realizar análise e monitoramento dos indicadores de desempenho e funcionamento global das UTIs (RDC Anvisa 7/2010), observando o disposto no art. 67, § 1º, da Lei federal 8.666/93, c/c art. 41, inciso II e § 5º, inciso VII, do Decreto Distrital 32.598/2010; (Achado 6)”

2.1 Justificativa da Necessidade de Contratação de Serviços de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva - UTI surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis; e ainda, da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA, ROSSI, 2002).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) realizou o mapeamento de todas as UTIs brasileiras e apontou, no censo realizado em 2016, que apenas 24% dos estabelecimentos de saúde do país contavam com leitos de UTI, totalizando 41.741 mil leitos ou 8% do total de leitos hospitalares. Essa quantidade de leitos de UTI está concentrada em 521 municípios, que totalizam 15% dos municípios no Brasil. Destes 41.741 mil leitos de UTI, 27.709 correspondem a leitos adultos, 8.723 a leitos neonatal, 4.380 pediátricos, 685 coronarianos e 244 de queimados. A distribuição por região do país revela que existem 982 estabelecimentos com UTIs na região Sudeste, seguida por 396 estabelecimentos na região Nordeste, 288 na região Sul, 166 na região Centro-Oeste e 129 na região Norte. O Estado de São Paulo lidera o ranking nacional, com 24,1% de todos os estabelecimentos de saúde com UTI. (Disponível em: <https://www.amib.org.br/censo-amib/>. Acesso em 19/06/2023).

A disponibilidade limitada de leitos de UTI é um desafio significativo na prestação de serviços de saúde à população. A escassez desses leitos e o alto custo dos cuidados intensivos requerem a utilização criteriosa dos recursos disponíveis nessa área. É importante considerar que a média de idade dos pacientes em UTIs tem aumentado nos últimos anos e tende a aumentar ainda mais devido ao envelhecimento da população em geral (NAGGAPPAN, PARKIN, 2003).

Além disso, o avanço na sobrevivência de recém-nascidos prematuros, particularmente na última década (Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde: Limite de Viabilidade em Neonatologia), também impacta a demanda por leitos de UTI pediátrica. Embora os prematuros extremos tenham ganhado expectativa de vida, eles apresentam maior probabilidade de desenvolver comorbidades associadas, o que aumenta a necessidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Tais fatores ressaltam a necessidade de uma gestão eficiente e estratégica dos leitos de UTI, garantindo que sejam alocados de forma adequada e equitativa, de acordo com as necessidades da população e as especificidades de cada caso clínico.

Os dados do IBGE de 2021 mostram que a estimativa da população do Distrito Federal foi de 3.094.325 (três milhões noventa e quatro mil e trezentos e vinte e cinco) habitantes (Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>. Acesso em: 19/06/2023).

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) ocupa uma área de 94.570,39 quilômetros quadrados e sua população estimada é de aproximadamente 4,5 milhões de habitantes (IBGE,2018). É importante registrar que após a Lei Complementar nº 163, de 14 de junho de 2018, houve a inclusão de mais 12 municípios. A RIDE - DF é, atualmente,

constituída pelo Distrito Federal e por 34 municípios, quais sejam: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Alto Paraíso de Goiás, Alvorada do Norte, Barro Alto, Cabeceiras, Cavalcante, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Flores de Goiás, Formosa, Goianésia, Luziânia, Mimoso de Goiás, Niquelândia, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, São João d'Aliança, Simolândia, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Vila Propício, no Estado de Goiás, e de Arinos, Buritis, Cabeceira Grande, Unai e Uruana de Minas, no Estado de Minas Gerais.

Em que pese a divulgação dos dados populacionais do CENSO 2022 pelo IBGE em 28/06/2023, com população apurada no Distrito Federal de 2.817.068 habitantes (https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal; consulta em 11/07/2023), foi informado pela SES/SUPLANS /CCONS/DGIE/GAOIR – Gerência de Apoio à Organização de Informações Regionais no Despacho SEI 117481682 que ainda não é possível utilizar os dados populacionais disponibilizados pelo IBGE - CENSO 2022 (dados preliminares, sem pormenorização da população por faixa etária) para a estimativa da necessidade de leitos de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) no Distrito Federal e RIDE.

Historicamente, o Distrito Federal tem sido referência em suporte à saúde para a população da RIDE/DF, bem como para municípios da região centro-oeste e região norte, que procuram a rede SES/DF em busca de atendimento, especialmente de alta complexidade. Esse cenário pressiona, ainda mais, os serviços de saúde do SUS/DF e faz com que a demanda por leitos de UTI seja superior à estimada, uma vez que o DF dá suporte à saúde de uma população maior que a da sua região geográfica. Portanto, pensando em planejamento a longo prazo, pautado nos princípios do SUS, dentre os quais destacamos universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização, é imprescindível ponderar o atendimento para todos os usuários do SUS no Distrito Federal, ou seja, incluindo os residentes da RIDE/DF.

De acordo com informações do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, no período de janeiro a dezembro de 2022, cerca de 54% da necessidade de internações com diárias de terapia intensiva de pacientes oriundos de municípios da RIDE foi atendida em hospitais do Distrito Federal (Fonte: SES/SUPLANS/CCONS/DICS Documento SEI 11676938); Quadros (Documento SEI 116769187 e 116536329).

O SUS é responsável por garantir o acesso universal, integral e igualitário à saúde para toda a população brasileira. No entanto, devido à demanda crescente por serviços de saúde, especialmente em situações de alta complexidade, como casos que requerem terapia intensiva, pode haver dificuldades em suprir essa demanda com recursos e estrutura próprios. Nesse contexto, a contratação de serviços de terapia intensiva complementares se torna uma alternativa viável para garantir cobertura adequada de atendimento aos pacientes do SUS.

A SES realiza ações para operacionalização e abertura de mais leitos de UTI, como desbloqueio e expansão de leitos em sua rede própria e conveniada, com a finalidade de suprir a demanda existente e futura e, ainda, melhorar a assistência aos usuários do SUS /DF. Há também serviços complementares que visam otimizar a ocupação dos atuais leitos de UTI disponíveis, dentre eles, o programa de desospitalização pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC de pacientes dependentes cronicamente de ventilação mecânica, cuja internação em UTI não traz benefícios à sua condição clínica. Registra-se que, apesar das medidas adotadas para melhorar a taxa de giro dos leitos de UTI, a demanda por esses leitos não diminuiu, pelo contrário, tende a aumentar em razão de, por exemplo, aumento da população idosa com consequente aumento de comorbidades.

Por oportuno, é importante salientar o Protocolo de Atenção à Saúde - Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI, aprovado pela Portaria SES/DF nº 418, de 04 de maio de 2018, que orienta os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva sobre os princípios, os objetivos, os critérios e as estratégias para a prestação de cuidados paliativos aos pacientes em processo ativo de morte ou com doenças graves e incuráveis que não se beneficiam de tratamentos curativos ou não necessitam de suporte vital.

Nesse contexto, ressalta-se que apesar da redução de números de leitos de UTI em alguns estados brasileiros, o número de leitos de UTI da rede pública do DF está progressivamente aumentando, sendo em 2010 e 2022, respectivamente, 213 e 397 o número total de leitos, como ilustrado na Tabela 1. O detalhamento da progressão de leitos consta no Anexo I.

TABELA 1. PROGRESSÃO DOS LEITOS PÚBLICOS DE UTI DA REDE SES/DF

| UTI | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 a 2018 | 2019 | 2020 a 2022 |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| UTI Adulto* | 119 | 157 | 199 | 219 | 228 | 223 | 213 | 238 |
| UTI Pediátrico** | 42 | 43 | 51 | 56 | 56 | 55 | 71 | 71 |
| UTI Neonatal *** | 52 | 55 | 52 | 62 | 62 | 72 | 79 | 88 |
| Total leitos públicos | 213 | 255 | 302 | 337 | 346 | 350 | 363 | 397 |

*UTI Adulto: HBDF, HRAN, HMIB Materna, HRT, HRC, HRSAM, HRG, HRS, HRL, HRSM, HUB

** UTI Pediátrica: HBDF, HMIB, HRT, HCB

*** UTI Neonatal: HMIB, HRC, HRS, HRSM, HUB

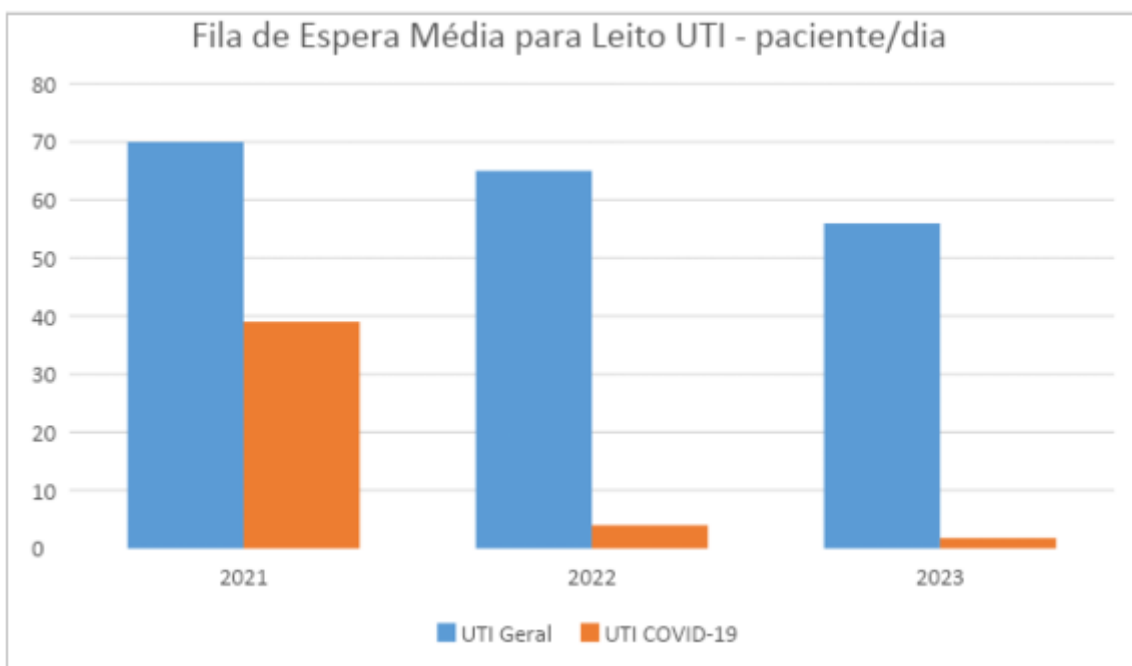
Fontes: até 2018 (CERIH/DIRAAH/CRDF,2018 – Processo SEI 00020-00020345/2018-42); 2019 a 2022 (CERIH/DIRAAH/CRDF,2022 – Processos SEI 00060-00221867/2021-16 e 00060-00255849/2022-19)

Entretanto, mesmo com o aumento do número de leitos de UTI na SES/DF ao longo do tempo, ainda há demanda reprimida. No levantamento dos dados da fila de espera por leitos de UTI, para qualquer faixa-etária, no período de março/2021 a março de 2023, publicizados no portal Info-Saúde (<https://info.saude.df.gov.br/leitospublicosseriehistoricaleitossalait>), constatou-se fila de espera que variou de 34 a 132 pacientes/dia para UTI Geral (média: 67 pacientes/dia no período).

Durante a pandemia de COVID-19, nesse mesmo período (março/2021 a março/2023), a fila de espera por leitos de UTI, COVID-19 dedicados, variou entre 1 a 463 pacientes/dia, com média de 21 pacientes/dia.

Abaixo, o Gráfico 1 ilustra a evolução da fila de espera para leitos de UTI Geral e COVID-19 dedicados nos anos de 2021, 2022 e 2023:

GRÁFICO 1. FILA DE ESPERA PARA UTI



Fonte: Dados disponibilizados Info-Saúde em Série histórica Fila de espera leitos de UTI Geral e UTI COVID-19 - 2021 a 2023.

Com a demanda reprimida por leitos de UTI na SES/DF dificultando o acesso tempestivo à assistência em terapia intensiva, tem-se observado, cronicamente, o fenômeno da judicialização para a efetivação do direito à saúde. Conforme dados disponibilizados pela Central de Regulação da Internação Hospitalar - CERIH/DIRAAH/CRDF, Processo SEI00060-00118332/2023-21 (Doc. 107753689), avaliando-se o período de 2014 a 2022, houve o seguinte quantitativo de mandados judiciais para internação em leitos de UTI para todas as faixas etárias:

TABELA 2. CONSOLIDADO DE MANDADOS JUDICIAIS PARA LEITOS DE UTI SES/DF ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL – 2014 A 2022

| Ano | Nº Mandados Judiciais UTI |
|------|---------------------------|
| 2014 | 1828 |
| 2015 | 1711 |
| 2016 | 1669 |
| 2017 | 1590 |
| 2018 | 1777 |
| 2019 | 1338 |
| 2020 | 1009 |
| 2021 | 3092 |
| 2022 | 1669 |

Fonte: CERIH/CRDF

É importante registrar que a elevação do número de mandados judiciais para internação em leitos de UTI, verificada em 2021, foi ocasionada pela alta demanda imposta pela 2ª onda da pandemia de COVID-19.

Diante do exposto, resta claro que a contratação de serviços de Terapia Intensiva é essencial para garantir o direito à vida, pois oferece cuidados médicos avançados a pacientes em estado crítico. Além disso, a disponibilidade de serviços de UTI leva à desjudicialização das questões relacionadas à saúde, uma vez que os familiares e pacientes podem contar com atendimento médico adequado sem a necessidade de recorrer a processos judiciais.

2.2 Estimativa da necessidade de leitos de UTI para a população do Distrito Federal e RIDE-DF

2.2.1 Critérios e parâmetros

A Portaria GM/MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015, aprova e define os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Um marco dessa portaria é o uso de critérios populacionais, epidemiológicos e de operacionalização para estabelecer o número de leitos necessários para determinada população. Oportuno informar, que os cálculos referentes aos leitos de UTI Neonatal também levam em consideração a Portaria GM/MS nº 930/2012.

Para subsidiar o cálculo de estimativa da necessidade de leitos de UTI, foi elaborado pela Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas - DGIE/SUPLANS/SES, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, um estudo analítico de projeções. Conforme Despacho - SES/SUPLANS/DGIE/GAOIR (Processo SEI 00060-00165470/2020-56, Doc. 107424752), para o cálculo da necessidade estimada de leitos de UTI, “foi utilizada a versão atualizada e ampliada do Caderno de Parâmetros Assistenciais para a programação hospitalar no SUS, constantes na Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015”. No referido estudo, foram destacadas as seguintes considerações:

- Os dados das variáveis utilizadas no cálculo da estimativa de necessidade de leitos de UTI são referentes ao ano de 2022;
- Para o cálculo da estimativa, foram utilizados os parâmetros sugeridos pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015 (atualizados) para o Cenário 3/4, que considera o valor máximo recomendado de taxa de internação hospitalar e de tempo médio de permanência, e inclui a taxa de ocupação hospitalar para a taxa de recusa esperada de 5%.
- Os dados populacionais foram obtidos pela estimativa da CODEPLAN e estratificados, de acordo com as faixas etárias, para caracterização da internação e do tipo do leito. Para obter o valor final de estimativa de necessidades de leitos de UTI, foram considerados os percentuais de SUS dependência da população do DF (PDAD 2021);
- O cenário da RIDE foi calculado de acordo com os dados disponibilizados pelo SIH, na data de 07/03/2023;
- O número de nascidos vivos (NV) nos estabelecimentos de saúde do DF foi extraído do SINASC, na data 07/03/2023.

Conforme o referido estudo, tem-se as estimativas apresentadas nas Tabelas 3, 4, 5 e dados consolidados na Tabela 6:

TABELA 3. ESTIMATIVA DE LEITOS DE UTI NEONATAL

| UTI NEONATAL | CENÁRIO 3 Taxa de Internação Geral Esperada/Enfermaria Neonatal Clínica = 7.425,39 Neonatal Cirúrgica= 193,12 | RIDE |
|--|--|--|
| NEONATAL CLÍNICA | Taxa de internação esperada (35,69% com UTI): 2.650,12 Tempo médio de permanência: 12,5 dias *90,8 leitos/dia | 385 internações em UTIs de DF Tempo médio de permanência de 15,19 dias *16,1 leitos/dias |
| NEONATAL CIRÚRGICA | Taxa de internação esperada (82,08 % com UTI): 158,51 Tempo médio de permanência: 15,1 dias *6,6 leitos/dia | 11 internações em UTIs de DF Tempo médio de permanência de 9 dias *0,3 leitos/dias |
| Total - população geral | 98 leitos | 17 leitos |
| TOTAL (população SUS dependente, taxa de ocupação e taxa de recusa) | 85 leitos | |

*Considerar NV 48.068 hab x 1,004 (taxa de ajuste de subnotificação no DF)

TABELA 4. ESTIMATIVA DE LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA

| UTI PEDIÁTRICA | CENÁRIO 3 Taxa de Internação Geral Esperada/Enfermaria Pediatria Clínica = 20.006,99 Pediatria Cirúrgica= 8.991,23 | RIDE |
|--|--|--|
| PEDIATRIA CLÍNICA | Taxa de internação esperada (8,74% com UTI): 1.748,61 Tempo médio de permanência: 13,7 dias *65,7 leitos/dia | 532 internações em UT do DF Tempo médio de permanência de 8,69 dias *12,7 leitos/dia |
| PEDIATRIA CIRÚRGICA | Taxa de internação esperada (6,86 % com UTI): 616,8 Tempo médio de permanência: 8,7 dias *14,8 leitos/dia | 222 internações em UT do DF Tempo médio de permanência de 7,7 dias *4,7 leitos/dia |
| Total - população geral | 81 leitos | 18 leitos |
| TOTAL (população SUS dependente, taxa de ocupação e taxa de recusa) | 70 leitos | |

*Considerar população < 15 anos no DF de 595.446 hab

TABELA 5. ESTIMATIVA DE LEITOS DE UTI ADULTO

| UTI ADULTO | CENÁRIO 3 | RIDE |
|--|--|---|
| ADULTO CLÍNICO 15 A 59 ANOS | Taxa de Internação esperada em UTI 7,83% Tempo médio de permanência: 9,1 dias $2149976 \times 26,7/1000 \times 7,83\% = 4.494,76$ *112,1 leitos/dia | 466 internações em UTIs d DF Tempo médio de permanência de 11,9 dias: *15,2 leitos/dia |
| ADULTO CLÍNICO ≥ 60 ANOS | Taxa de Internação esperada em UTI 15,98% Tempo médio de permanência: 10,1 dias $384592 \times 179/1000 \times 15,98\% =$ 11.000,95 *304,5 leitos/dia | |
| ADULTO CIRÚRGICO 15 A 59 ANOS | Taxa de Internação esperada em UTI 6,5% Tempo médio de permanência: 6 dias $2149976 \times 31,8/1000 \times 6,50\% = 4.444$ *73,1 leitos/dia | 554 internações Tempo médio de permanência de 4,76 dias: *7,3 leitos/dia |
| ADULTO CIRÚRGICO ≥ 60 ANOS | Taxa de Internação esperada em UTI 20,36% Tempo médio de permanência: 5,4 dias $384592 \times 122/1000 \times 20,36\% = 9.552,96$ *141,4 leitos/dia | |
| Total - população geral | 631 leitos | 23 leitos |
| TOTAL (população SUS dependente, taxa de ocupação e taxa de recusa) | 488 leitos | |

*Considerar população de 15 a 59 anos no DF de 2.149.976 hab

*Considerar população ≥ 60 anos no DF de 384.592 hab

TABELA 6. ESTIMATIVA TOTAL DA NECESSIDADE DE LEITOS DE UTI

| UTI | NÚMERO DE LEITOS |
|-----------------------|--------------------------|
| UTI NEONATAL | 102 leitos |
| UTI PEDIÁTRICA | 88 leitos |
| UTI ADULTO | 511 leitos |
| TOTAL | 701 leitos de UTI |

*Considerando os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015

2.3 Capacidade instalada dos Serviços de Terapia Intensiva da Rede SES/DF

Os dados referentes ao quantitativo de leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal (operacionais, bloqueados e destinados para cirurgias eletivas) da SES/DF são públicos desde de 2012, no site <http://www.saude.df.gov.br>. Esses dados também estão publicados, desde de 2017, no portal InfoSaúde, na Sala de Situação <https://info.saude.df.gov.br/leitospublicosutigeraissalasit> e <https://info.saude.df.gov.br/leitoscovidsalasit>.

Na Tabela 7 abaixo, detalha-se a capacidade instalada de leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede de saúde SES/DF, incluindo os hospitais de gestão própria, hospitais sob contrato de gestão (Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF e Hospital Regional de Santa Maria - HRSM, geridos pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF; Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB, gerido pelo Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada - ICIPE), hospital sob contrato de resultado (Hospital Universitário de Brasília - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH) e hospitais privados contratados para assistência complementar (conforme Edital de Credenciamento nº 05/2009):

TABELA 7. QUANTITATIVO DE LEITOS DE UTI DA REDE SES/DF – ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL EM 2023

| Tipo e quantidade de Leitos UTI | | Hospital | Leitos Adultos | Leitos Pediátricos | Leitos Neonatais | Total | |
|---|--|-----------|----------------|--------------------|------------------|------------|----|
| Leitos SES/DF* total 368 leitos | Gestão Própria* Total de leitos: 192 leitos (Adulto 113 leitos; Pediátrico 21 leitos; Neonatal 58 leitos; | HRT | 8 | 5 | 8 | 21 | |
| | | HRSAM | 27 | - | - | 27 | |
| | | HRC | 10 | - | 10 | 20 | |
| | | HRAN | 20 | - | - | 20 | |
| | | HRG | 20 | - | - | 20 | |
| | | HRS | 8 | - | 10 | 18 | |
| | | HRL | 10 | - | - | 10 | |
| | Contratos de Gestão* Total 176 leitos (Adulto 106; Pediátrica 50; Neonatal 20) | IGESDF | HMBDF | 66 | 12 | - | 78 |
| | | | HRSM | 40 | - | 20 | 60 |
| | | HCB-ICIPE | HCB | - | 38 | - | 38 |
| Contratos de Resultados* Total 29 leitos | HUB-EBSERH (Adulto 19 e Neonatal 10) | HUB | 19 | - | 10 | 29 | |
| Contratos Assistenciais Complementares (Credenciamento)** Total 153 leitos (Adulto 138; Pediátrica 5; Neonatal 10) | DAHER | 40 | - | - | 40 | | |
| | DOMED | 19 | - | - | 19 | | |
| | São Mateus | 20 | - | - | 20 | | |
| | São Francisco | 10 | - | 5 | 15 | | |
| | Santa Marta | 9 | 5 | 5 | 19 | | |
| | HOME | 30 | - | - | 30 | | |
| | Maria Auxiliadora | 10 | - | - | 10 | | |
| | Anna Nery | 07 | - | - | 07 | | |
| Total | | | 383 | 76 | 98 | 557 | |
| Total Geral de Leitos UTI que atendem a SES | | | 557 | | | | |

*Leitos Públicos

**Leitos da Iniciativa Privada complementar ao SUS

Ressalta-se que as UTI da SES/DF dispõem de Terapia Renal Substitutiva - TRS em aproximadamente 30-35% da capacidade instalada para realização de hemodiálise (Processo SEI 00060-00359704/2023-77), ocasionando uma demanda reprimida por leitos de terapia intensiva com suporte dialítico, especialmente no cenário da UTI adulto.

2.4 Ampliação dos leitos de UTI na SES/DF

A SES/DF enfrenta, ao longo dos anos, dificuldades que impactam na ampliação do número de leitos de terapia intensiva nos hospitais da rede própria:

- Infraestrutura predial tombada pelo patrimônio o que impossibilita reformas estruturais extensas e modernização das unidades, atualmente, em uso da capacidade total, gerando dificuldade de ampliação e habilitação de novos leitos de UTI de acordo as normativas vigentes; ressalvada a possibilidade de ampliação de leitos de UTI adulto no Hospital Regional Leste - HRL, que está em fase de planejamento inicial, conforme informações constantes do Processo SEI 00060-00397453/2021-67, Doc. 85800290);
- Dificuldade para desospitalização de pacientes crônicos dependentes de ventilação mecânica para o Programa SAD-AC e leitos de terapia renal substitutiva hospitalar e ambulatorial. Ambos com processos de contratação vigentes nesta SESDF;
- No caso específico das UTIs Neonatal, apesar dos vários concursos realizados, a carência de médicos neonatologistas é a principal dificuldade (déficit de aproximadamente 2.000 horas/semana).

É relevante ressaltar que, no ano de 2023, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) deu início às tratativas para a construção de novas unidades hospitalares. Dentre os projetos, destacam-se o Hospital de São Sebastião, o Hospital do Recanto

das Emas, o Hospital do Guar e o novo Hospital do Gama (disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2022/BR/DF/546/candidatos/914117/5_1660251759170.pdf - Acesso em: 19/06/2023). Essas novas unidades têm como objetivo ampliar a capacidade de atendimento em saúde no Distrito Federal. No planejamento dessas unidades hospitalares, está prevista a inclusão de serviços de terapia intensiva.

Ante o exposto, a contratao complementar de serviços de terapia intensiva é uma estratégia para suprir a demanda crescente por atendimento de pacientes do SUS em situaoes críticas de saúde.

2.4.1 Contratao complementar de Serviços de Terapia Intensiva pela SES/DF

Atualmente, existem contratos celebrados entre a SES/DF e hospitais privados para a prestao de serviços de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, em caráter complementar, junto ao Sistema nico de Saúde do Distrito Federal - SUS/DF, regidos pelo Edital de Credenciamento n 05/2009, conforme disposto na Tabela 8, abaixo:

TABELA 8. CONTRATOS SES/DF PELO EDITAL DE CREDENCIAMENTO N 05/2009

| | Contrato/n | Processo SEI | Contratada | Vigência | n le |
|--|--------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| 1 | 078/2020 | <u>00060-00160255/2020-69</u> | DAHER | 07/05/2024 | 4 |
| 2 | 089/2020 | <u>00060-00160296/2020-55</u> | DOMED | 22/05/2024 | 1 |
| 3 | 043041/2020 | <u>00060-00459695/2020-71</u> | HOME | 10/03/2024 | 3 |
| 4 | 058/2020 | <u>00060-00214000/2019-90</u> | SANTA MARTA | 27/03/2024 | 1 |
| 5 | 088/2020 | <u>00060-00160188/2020-82</u> | So Francisco YUGE | 22/05/2024 | 1 |
| 6 | 044726/2021 | <u>00060-00419868/2020-18</u> | SO MATEUS | 13/04/2024 | 2 |
| 7 | 048793/2023 | <u>00060-00092741/2022-17</u> | MARIA AUXILIADORA | 14/04/24 | 1 |
| 8 | 048860/2023 | <u>00060-00104155/2023-03</u> | ANNA NERY | 12/05/2024 | 0 |
| Total de Leitos UTI contratados pelo Edital 05/2009 | | | | | 16 |

Verifica-se que a oferta de leitos de UTI pela SES/DF, no momento, é insuficiente para garantir a cobertura assistencial  populao do Distrito Federal. A Tabela 9 consolida a necessidade complementar de leitos de UTI:

TABELA 9. NECESSIDADE DE LEITOS DE UTI SES/DF CONSOLIDADA

| UTI | LEITOS NECESSÁRIOS PRT.1631/201 5 | LEITOS PÚBLICOS | LEITOS CONTRATADOS EDITAL 05/2009 | DÉFICIT DE LEITOS A SER CONTRATADO |
|-------------------|--|----------------------------|--|---|
| ADULTO | 511 | 238 | 145 | 128 |
| PEDIÁTRICA | 88 | 71 | 05 | 12 |
| NEONATAL | 102 | 88 | 10 | 4 |
| TOTAL | 701 | 397 | 160 | 144 |

Nesse sentido, e diante de todos os esforços empreendidos pela SES/DF para o enfrentamento das dificuldades supramencionadas, faz-se necessária a participação dos serviços privados de assistência à saúde para a complementação de 304 (160+144) leitos de UTI, conforme acima descrito.

A contratação de Serviços de Terapia Intensiva oferece os seguintes benefícios:

- Agilidade e acesso tempestivo: a contratação de serviços de terapia intensiva permitirá o acesso mais rápido aos cuidados intensivos, reduzindo o tempo de espera, aumentando as chances de recuperação dos pacientes e contribuindo para um melhor prognóstico da doença.
- Complementaridade: a contratação desses serviços não significa substituir os recursos e estruturas existentes, mas sim complementar e fortalecer a capacidade de atendimento, especialmente em momentos de pico de demanda.
- Redução de custos: o investimento na construção de novos hospitais ou unidades de terapia intensiva tem um alto custo e longo prazo de execução, assim, a contratação de serviços representa uma alternativa menos onerosa e de pronta oferta.
- Desjudicialização: a ampliação da oferta de leitos de UTI poderá reduzir a quantidade de requerimentos e determinações judiciais.
- Economicidade dos recursos públicos: a internação na UTI em momento tempestivo pode reduzir o tempo de internação, melhorar o prognóstico clínico e reduzir sequestro de verba decorrente de judicialização.

2.4.2 Normativos Vinculados

- Constituição Federal de 1988, Art. 196, 197 e 199.
- Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.
- Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
- Decreto Distrital nº 44.330, de 16 de março de 2023. Regulamenta a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, Lei de Licitações e Contratos Administrativos, no âmbito da Administração Pública direta, autárquica e fundacional do Distrito Federal.
- Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para organização integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;
- Portaria GM/MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015, aprova e define os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- Portaria GM/MS nº 2.567, de 25 de novembro de 2016, dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS;
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, consolida as normas sobre as redes do SUS;
- Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017, institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria SES/DF nº 200, de 06 de agosto de 2015, que divulga os critérios para admissão e alta em UTI adulto, pediátrica e neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados)

- Instrução Normativa nº 05, de 26 de maio de 2017, que dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.
- Instrução Normativa ANVISA / RDC nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva.
- Decreto nº 36.520, de 28 de maio de 2015, estabelece diretrizes e normas gerais de licitações, contratos e outros ajustes para a Administração Direta e Indireta do Distrito Federal e dá outras providências.
- Decreto nº 39.978, de 25 de julho de 2019, que dispõe sobre a contratação de serviços públicos sob o regime de execução indireta pela administração direta e indireta do Distrito Federal.
- Decreto Distrital nº 38.934, de 15 de março de 2018, que dispõe sobre a aplicação, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Distrito Federal, da Instrução Normativa nº 5, de 25 de maio de 2017, da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.
- Resolução ANVISA - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Resolução ANVISA - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;
- Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, que altera a Resolução RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;
- Resolução ANVISA - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- Resolução CFM nº 2.156, de 17 de novembro de 2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;
- Resolução - CFM nº 2271, de 23 de abril de 2020, que define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento.
- Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Essa portaria define a PNH como uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde e estabelece as diretrizes e responsabilidades para a sua implementação no âmbito do SUS.
- Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Protocolo Clínico - Diretriz para Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI. Aprovado pela Portaria SES/DF nº 418, de 04/05/2018. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 94, de 17/05/2018.
- Nota Técnica nº 4/2022 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI . Nota Técnica Extubação Paliativa. SES-DF.
- Instrução Normativa Nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva
- Estatuto da Criança e Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde.
- Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados
- Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Capítulo IV Do Direito à Saúde.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Capítulo VII, Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (redação dada pela Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005).

3. Área requisitante

| Área Requisitante | Responsável |
|--|--|
| Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF | Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS |

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, art. 131:

- "I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;
- III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante;
- V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado;
- VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS;
- VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e
- VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)."

Para a prestação dos Serviços de Terapia Intensiva a CONTRATADA deverá, ainda, em caráter obrigatório:

- a) ter REGISTRO ou INSCRIÇÃO DA EMPRESA no Conselho Regional de Medicina - CRM-DF, em plena validade;
- b) apresentar comprovação de experiência mínima de 01 (um) ano da equipe médica na prestação dos serviços de terapia intensiva, sendo aceito o somatório de atestados de períodos diferentes, não havendo obrigatoriedade de 01 (um) ano ser ininterrupto;
- c) oferecer seus serviços utilizando-se de instalações físicas adequadas, em conformidade com as normas técnicas dispostas na Resolução ANVISA - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002;
- d) oferecer assistência integral ao paciente crítico, vinte quatro horas por dia, 7 dias por semana, com equipamentos, materiais e recursos humanos em quantidade e qualidade em conformidade com a Resolução ANVISA - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017 (tabelas detalhadas no Anexo II).
- e) manter-se em conformidade com as exigências previstas nas legislações vigentes, normas e demais dispositivos delimitadores de regras, principalmente os estabelecidos pelas entidades reguladoras ou aquelas investidas de responsabilidade sobre a questão;
- f) oferecer seus serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal mediante a regulação do acesso pelo Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF.

As obrigações da CONTRATADA estão detalhadas no Anexo III.

5. Levantamento de Mercado

É importante destacar o registro do Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF, no Relatório Final de Auditoria (e-DOC 684D4C6B-e Proc 9634/2017-e), sobre manifestação da PGDF, acostada ao processo de credenciamento de 2009, que apontou a necessidade de verificar a disponibilidade do serviço de UTI no mercado como etapa anterior ao procedimento licitatório, conforme a seguir:

“Inserido dentro do contexto de aplicação da hipótese de inexigibilidade de licitação, recomenda-se, como viés de transparência e aplicação objetiva do critério isonômico, a realização de uma “convocação pública”, ou melhor, do “chamamento público”, que possibilitará ao Gestor a identificação da real oferta de Serviço ao SUS na localidade e a construção de um “banco potenciais prestadores”.

Verifica-se que, no Distrito Federal, existem vários hospitais privados que oferecem Serviços de Terapia Intensiva, conhecidos por sua infraestrutura e capacidade de fornecer atendimento em cuidados intensivos. Conforme consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, os hospitais que possuem UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal são:

The screenshot shows the CNESNet interface with a navigation menu and a table of hospital data. The table is titled 'Indicadores - Leitos' and 'Estado - Todos'. The specific data shown is for 'Tipo Leito - Complementar - UTI ADULTO - TIPO I' in Brasília, DF. The table lists 15 establishments with their CNES numbers, names, municipalities, and the number of existing beds and SUS beds.

| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------|------------|-----------|
| 3839206 | DF CARE LAGO SUL | BRASILIA | 1 | 0 |
| 9727353 | DF STAR | BRASILIA | 20 | 0 |
| 0049867 | HOSPITAL AGUAS CLARAS | BRASILIA | 59 | 0 |
| 6921434 | HOSPITAL ALVORADA DE BRASILIA | BRASILIA | 22 | 0 |
| 3048551 | HOSPITAL BRASILIA | BRASILIA | 100 | 0 |
| 0797146 | HOSPITAL BRASILIENSE | BRASILIA | 6 | 0 |
| 5027438 | HOSPITAL DO CORACAO DO BRASIL | BRASILIA | 20 | 0 |
| 3013162 | HOSPITAL MARIA AUXILIADORA | BRASILIA | 38 | 0 |
| 7161158 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE BRASILIA | BRASILIA | 10 | 0 |
| 3019608 | HOSPITAL SANTA HELENA | BRASILIA | 25 | 0 |
| 0223441 | HOSPITAL SANTA LUCIA GAMA | BRASILIA | 18 | 0 |
| 3005402 | HOSPITAL SANTA LUZIA | BRASILIA | 20 | 0 |
| 7981457 | MATERNIDADE BRASILIA | BRASILIA | 70 | 0 |
| 3019616 | PRONTONORTE | BRASILIA | 47 | 0 |
| 9748202 | UNIDADE BRASILIA IV | BRASILIA | 30 | 0 |
| | | | 486 | 0 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 15 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|---|---|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI ADULTO - TIPO II | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 9040021 | DOMED | BRASILIA | 19 | 13 |
| 6243495 | HOME HOSPITAL ORTOPEDICO E MEDICINA ESPECIALIZADA | BRASILIA | 52 | 30 |
| 0049867 | HOSPITAL AGUAS CLARAS | BRASILIA | 10 | 0 |
| 2866161 | HOSPITAL ANNA NERY | BRASILIA | 8 | 0 |
| 7978642 | HOSPITAL DAHER LAGO SUL SA | BRASILIA | 50 | 40 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 38 | 28 |
| 5927579 | HOSPITAL DE FORCA AEREA DE BRASILIA HFAB | BRASILIA | 5 | 0 |
| 3013162 | HOSPITAL MARIA AUXILIADORA | BRASILIA | 35 | 10 |
| 0010537 | HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA | BRASILIA | 10 | 4 |
| 0010480 | HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA | BRASILIA | 10 | 6 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 36 | 0 |
| 0223441 | HOSPITAL SANTA LUCIA GAMA | BRASILIA | 26 | 0 |
| 9699848 | HOSPITAL SANTA LUCIA NORTE | BRASILIA | 47 | 0 |
| 3005402 | HOSPITAL SANTA LUZIA | BRASILIA | 10 | 0 |
| 9551948 | HOSPITAL SANTA MARTA ASA NORTE | BRASILIA | 8 | 0 |
| 2649497 | HOSPITAL SANTA MARTA TAGUATINGA | BRASILIA | 40 | 9 |
| 3018520 | HOSPITAL SAO FRANCISCO | BRASILIA | 20 | 5 |
| 6730914 | HOSPITAL SAO MATEUS | BRASILIA | 20 | 20 |
| 0010510 | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA | BRASILIA | 19 | 19 |
| 0010464 | HRAN | BRASILIA | 20 | 10 |
| 0010472 | HRG | BRASILIA | 20 | 20 |
| 2645157 | HRL | BRASILIA | 10 | 10 |
| 0010502 | HRS | BRASILIA | 8 | 6 |
| 2672197 | HRSAM HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA | BRASILIA | 27 | 20 |
| 5717515 | HRSM | BRASILIA | 40 | 40 |
| 0010499 | HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA | BRASILIA | 8 | 6 |
| 3019616 | PRONTONORTE | BRASILIA | 16 | 0 |
| | | | 612 | 296 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 27 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|---|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI ADULTO - TIPO III | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0010561 | HFA | BRASILIA | 10 | 0 |
| 3030121 | HOSPITAL ANCHIETA | BRASILIA | 71 | 0 |
| 2866161 | HOSPITAL ANNA NERY | BRASILIA | 2 | 0 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 20 | 20 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 15 | 0 |
| 3005402 | HOSPITAL SANTA LUZIA | BRASILIA | 16 | 0 |
| 3276678 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 33 | 20 |
| 2673916 | SARAH BRASILIA | BRASILIA | 12 | 12 |
| | | | 179 | 52 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 8 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 8 | 8 |
| 5027438 | HOSPITAL DO CORACAO DO BRASIL | BRASILIA | 10 | 0 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 26 | 0 |
| 2649497 | HOSPITAL SANTA MARTA TAGUATINGA | BRASILIA | 10 | 0 |
| 3019616 | PRONTONORTE | BRASILIA | 18 | 0 |
| | | | 72 | 8 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 5 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|------------------------|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 24 | 0 |
| | | | 24 | 0 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 1 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|------------------------|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI PEDIATRICA - TIPO I | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0049867 | HOSPITAL AGUAS CLARAS | BRASILIA | 7 | 0 |
| 3048551 | HOSPITAL BRASILIA | BRASILIA | 80 | 0 |
| 3019608 | HOSPITAL SANTA HELENA | BRASILIA | 2 | 0 |
| 3005402 | HOSPITAL SANTA LUZIA | BRASILIA | 6 | 0 |
| 7981457 | MATERNIDADE BRASILIA | BRASILIA | 35 | 0 |
| | | | 130 | 0 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 5 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|---|---|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI PEDIATRICA - TIPO II | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0049867 | HOSPITAL AGUAS CLARAS | BRASILIA | 10 | 0 |
| 6876617 | HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB | BRASILIA | 38 | 38 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 6 | 6 |
| 0010537 | HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA | BRASILIA | 16 | 16 |
| 2649497 | HOSPITAL SANTA MARTA TAGUATINGA | BRASILIA | 5 | 5 |
| 3018520 | HOSPITAL SAO FRANCISCO | BRASILIA | 4 | 0 |
| 0010499 | HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA | BRASILIA | 5 | 2 |
| 3276678 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 6 | 6 |
| | | | 90 | 73 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 8 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|---|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO III | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 3030121 | HOSPITAL ANCHIETA | BRASILIA | 14 | 0 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 3 | 3 |
| 0010537 | HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA | BRASILIA | 30 | 30 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 21 | 0 |
| 3276678 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 2 | 2 |
| | | | 70 | 35 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 5 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|---|------------------|-------------------|------------|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI PEDIATRICA - TIPO III | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 3030121 | HOSPITAL ANCHIETA | BRASILIA | 10 | 0 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 3 | 3 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 11 | 0 |
| 3276678 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 8 | 8 |
| | | | 32 | 11 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 4 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|-----------------------|-----------|------------|-----|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO I | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0797146 | HOSPITAL BRASILIENSE | BRASILIA | 3 | 0 |
| 3019608 | HOSPITAL SANTA HELENA | BRASILIA | 11 | 0 |
| 3005402 | HOSPITAL SANTA LUZIA | BRASILIA | 10 | 0 |
| | | | 24 | 0 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 3 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------|------------|-----|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO II | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 0010480 | HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA | BRASILIA | 10 | 8 |
| 2649497 | HOSPITAL SANTA MARTA TAGUATINGA | BRASILIA | 14 | 5 |
| 3018520 | HOSPITAL SAO FRANCISCO | BRASILIA | 10 | 5 |
| 0010510 | HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA | BRASILIA | 10 | 10 |
| 0010502 | HRS | BRASILIA | 10 | 0 |
| 5717515 | HRSM | BRASILIA | 20 | 20 |
| 0010499 | HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA | BRASILIA | 8 | 3 |
| 7981457 | MATERNIDADE BRASILIA | BRASILIA | 30 | 0 |
| | | | 112 | 51 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 8 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

| Indicadores - Leitos | | | | |
|--|---|-----------|------------|-----|
| Estado - Todos | | | | |
| Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO III | | | | |
| CNES | Estabelecimento | Município | Existentes | SUS |
| 3030121 | HOSPITAL ANCHIETA | BRASILIA | 14 | 0 |
| 0010456 | HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 3 | 3 |
| 0010537 | HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA | BRASILIA | 30 | 30 |
| 2815966 | HOSPITAL SANTA LUCIA | BRASILIA | 21 | 0 |
| 3276678 | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL | BRASILIA | 2 | 2 |
| | | | 70 | 35 |
| Total de Estabelecimentos | | | | 5 |

Fonte: CNESNet. (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53)

Sugere-se, em atendimento à recomendação da PGDF, que seja realizado o chamamento público para a identificação da real oferta de Serviços de UTI das entidades privadas de saúde ao SUS no Distrito Federal para a construção de um banco de potenciais prestadores, anteriormente à contratação.

5.1 Pesquisa Mercadológica

5.1.1 Contratações realizadas pela SES/DF

A SES/DF, em conformidade com a Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8.080/199, contrata, mediante credenciamento, leitos de UTI para complementar e garantir a cobertura assistencial à população. Nos últimos 14 anos, está em vigor o Edital de Credenciamento nº 05/2009 para leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal. Atualmente, há 08 contratos vigentes (total de 160 leitos) com as empresas listadas na Tabela 10, abaixo:

TABELA 10. CONTRATOS VIGENTES SES/DF PELO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 05/2009

| UF | CNES | Contrato nº | Nome Empresarial | CNPJ | Município |
|----|---------|-------------|--|--------------------|-----------|
| DF | 6730914 | 044726/2021 | HOSPITAL SÃO MATEUS | 10.793.027/0001-32 | Brasília |
| DF | 3018520 | 088/2020 | SERVIÇOS HOSPITALARES YUGE | 72.576.143/0001-57 | Brasília |
| DF | 9040021 | 089/2020 | DOMED PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA | 03.771.319/0001-09 | Brasília |
| DF | 7978642 | 078/2020 | HOSPITAL DAHER LAGO SUL | 00.382.069/0001-27 | Brasília |
| DF | 2649497 | 058/2020 | HOSPITAL SANTA MARTA LTDA | 00610980/0001-44 | Brasília |
| DF | 6243495 | 043041/2021 | HOME HOSPITAL ORTOPÉDICO E MEDICINA ESPECIALIZADA LTDA | 37.108.388/0001-59 | Brasília |
| DF | 3013162 | 048793/2023 | MARIA AUXILIADORA | 38.000.485/0001-96 | Brasília |
| DF | 7865791 | 048860/2023 | ANNA NERY | 14.862.444/0001-27 | Brasília |

No Edital Nº 05/2009, o pagamento das despesas referentes aos pacientes internados se dá por repasse às empresas contratadas após apresentação mensal das respectivas faturas por parte da contratada à SES-DF, conforme cronograma previamente acordado (pagamento retrospectivo). Desta forma, os custos são compostos por taxas hospitalares, diárias, procedimentos médicos, exames, procedimentos complementares, medicamentos e materiais usados pelos pacientes durante a internação em sistema “fee for service” (pagamento por serviço).

5.1.2 Contratações na Administração Pública

Foram analisados editais para a contratação de serviços semelhantes ao que se refere este estudo técnico. Desta análise, fazemos as seguintes considerações:

TABELA 11. EDITAIS DE CREDENCIAMENTO CONSULTADOS NO DF

| Edital | Objeto | Forma de Pagamento |
|--|--------|--|
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 – Corpo | | Retrospectivo com apresentação de nota fiscal pela contratada (“fee for service”) Tabelas referenciadas para remuneração: |

| | | |
|--|--|---|
| de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) | <p>Credenciamento junto ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) de hospitais, clínicas, laboratórios, associações, cooperativas, estabelecimentos e entidades similares, para a prestação de serviços diversos, relacionados à saúde, mediante as especificações e condições exigidas.</p> <p>Fonte: https://www.cbm.df.gov.br/credenciamento-em-saude/</p> | <p>- CBHPM</p> <p>- TUSS</p> <p>- Serviços de Fisioterapia: Resolução do COFFITO nº 428 de 08 de julho de 2013;</p> |
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 - Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF) | <p>Prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e correlata, na área específica de atendimento em URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, UTI ADULTO, PEDIÁTRICA e /ou NEONATAL e REMOÇÕES MÉDICAS.</p> <p>Fonte: https://www.pmdf.df.gov.br/images/Institucional/Transparencia/EDITAL_01_2017__URGENCIA_E_EMERGENCIA_esse1.pdf</p> | <p>Retrospectivo com apresentação de nota fiscal pela contratada (“fee for service”)</p> <p>Tabelas referenciadas para remuneração:</p> <p>- CBHPM</p> <p>- RNPF/TUSS</p> <p>- BRASÍNDICE e SIMPRO</p> <p>- SBH</p> <p>-Radiologia: valores definidos pelo Colégio Brasileiro de Radiologia CBR</p> |
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2020 - Instituto de Assistência à Saúde | <p>Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde aos beneficiários do Plano de Assistência Suplementar à Saúde - GDF-SAÚDE-DF, compreendendo assistência médica e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, serviços de profissionais da área da saúde (nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia), serviço de anestesiologia, serviços de radiologia e diagnóstico por imagem, laboratorial, terapêutico, farmacêutico e procedimentos e exames em geral, em regime hospitalar e ambulatorial, em caráter suplementar e complementar, no âmbito do Distrito Federal.</p> | <p>Retrospectivo com apresentação de nota fiscal pela contratada (“fee for service”)</p> <p>Tabelas referenciadas para remuneração:</p> <p>- Tabela de Referência para Convênios e Credenciamentos do GDF-SAÚDE DF</p> |

| | | |
|--|--|---|
| aos Servidores do Distrito Federal (INAS) | Fonte: https://inas.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/SEI_GDF-Edital-Revisado-1-EDITAL-DE-CREDENCIAMENTO-01-2020.pdf | <ul style="list-style-type: none"> - BRASÍNDICE e SIMPRO com NACIONAL - OPME: pagamento por nota fiscal após aprovação - Taxas de serviços hospitalares, diárias e gasoterapia serão pagos com base na TAB-REF |
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023 - Hospital Naval de Brasília | Prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial, de imagenologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e outros serviços diagnósticos e terapêuticos. | <p>Prospectivo por procedimento gerenciado (pacote de diária global)</p> <p>Tabelas referenciadas para remuneração:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SBH 1995 e SBH 2011 - CBHPM - BRASÍNDICE e SIMPRO - OPME: preço de nota fiscal após aprovação. |

Complementando a pesquisa de mercado, também foram analisados editais referentes a credenciamentos de serviços de terapia intensiva em outros estados, conforme Tabela 12, a seguir:

TABELA 12. EDITAIS DE CREDENCIAMENTO CONSULTADOS EM OUTROS ESTADOS

| Edital | Objeto | Forma de Pagamento |
|--------|---|--|
| | Prestação de serviços, em caráter complementar à Rede Pública Estadual. As Unidade proponentes devem ofertar leitos de retaguarda à Rede de Atenção | <p>Prospectiva: Diárias de UTI - Fonte Mista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parte Pré-Fixada: Fonte Federal – Valoir SIGTAP; 2. Parte Pós-Fixada: Fonte Estadual valor definido para complementação apurado de |

| | | |
|---|---|--|
| Edital de CREDENCIAMENTO N° 002/2022 SES/AM | às Urgências e Emergências (RUE) em Enfermarias Clínicas de Retaguarda, Leitos de Terapia Intensiva, destinados a atender aos usuários do SUS http://www.saude.am.gov.br/uploads/storage/susam/docs/credenciamento/0_002_2022_26012022010102.pdf | forma quantitativa e qualitativa, que devem corresponder respectivamente a 60% e a 40%. Retrospectiva: Demais procedimentos especiais e secundários serão cobrados de acordo com a necessidade de cada paciente como tomografias, hemodiálises e outros - OPME SIGTAP). |
| EDITAL DE CREDENCIAMENTO 001/2018- Município de Itajaí -RJ | Contratação de leitos de Terapia Intensiva Adulto - UTI, tipo II para procedimentos de alta complexidade. https://itaguai.rj.gov.br/licitacoeditais/edital-14-001-2018_ce0ae546ee3ec5ef8da5d99b0f2c9660.pdf | Retrospectiva: os serviços serão faturados considerando-se o DOBRO da Tabela SIGTAP: 1. Diária; 2. Exames laboratoriais e complementares; 3. hemodiálise e diálise peritoneal; 4. cirurgia de urgência. OPME - Tabela SIGTAP (1VEZ) |
| EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO CREDENCIAMENTO N° 010/2022 Tangará da Serra-MT | Prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade para disponibilizar leitos em unidade de terapia intensiva adulto e neonatal. https://tangaradaserra.mt.gov.br/site/wp-content/uploads/2022/06/edital-010-2022-credenciamento-utis-sms.pdf | Prospectiva: Diária Global. Valor SIGTAP e complementação estadual (Tabela Regionalizada), inclui: serviços de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, materiais e equipamentos necessários, fornecimento de oxigênio e demais serviços e medicamentos. Retrospectiva: Hemodiálise (PRT GBSES/MT N° 594/2021, critérios para o financiamento estadual de Sessões de Hemodiálise realizadas em leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto). |

5.1.3 O Credenciamento como Procedimento de Contratação

A utilização do credenciamento para a contratação de Serviços de Terapia Intensiva, mostra-se a solução mais viável e mais vantajosa para a SES/DF, por atender ao interesse público, na medida em que permite a contratação simultânea de todos os interessados, garantindo-se a distribuição dos serviços de forma objetiva e impessoal.

Essa solução já é utilizada pela SES/DF e por outros Estados e Municípios brasileiros, como exemplificado a seguir:

- Edital de Credenciamento SES/DF n° 01/2020. Contratação de serviços médicos complementares de Nefrologia para a prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva, nas modalidades de Hemodiálise e Diálise Peritoneal.
- Edital de Credenciamento n°. 002/2021. Contratação de pessoa jurídica prestadora de serviço de saúde, interessada em realizar Serviços Médicos de Anestesiologia para atender a demanda do Município de Luziânia.
- Edital de Credenciamento Público n° 002/2022. Estado do Tocantins, Município de Porto Nacional. Contratação de empresa para prestação de serviços, de forma complementar, a rede SUS municipal para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, incluindo: procedimento anestésico, consultas médicas e exames (pré e pós-operatórias), com a finalidade de suprir as necessidades da demanda reprimida identificada pelo gestor municipal.

A Lei n° 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, no caput do art. 4º, estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e autoriza a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar, no §2º deste artigo.

A Portaria GM/MS n. ° 2.567, de 25 de novembro de 2016, normatiza a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e de serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

A utilização do credenciamento para a contratação complementar de serviços de saúde de hospitais privados é uma prática reconhecida pelo Tribunal de Contas da União (TCU), como ressaltado no Manual de orientações para contratação de serviços de saúde (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017):

"O Acórdão 1.215/2013 – Tribunal de Contas da União (TCU) avaliou as peculiaridades dos serviços de saúde no âmbito do SUS, onde normalmente a demanda é superior à oferta, daí o interesse da administração de contratar prestadores privados, de forma complementar, que se enquadrem nas condições definidas pelo poder público, caracterizando uma situação de inexigibilidade de licitação, permitindo o uso do credenciamento. Entretanto, o TCU ressalta a ausência de regulamentação específica a respeito deste procedimento."

Daí o referido Acórdão determinar ao Ministério da Saúde a edição de regulamentação, disciplinando o credenciamento de prestadores de serviços de saúde privados em complementação ao SUS, a ser utilizado por estados e municípios nos casos em que a oferta de serviços de saúde seja menor do que a demanda, sempre em estrita observância ao ordenamento jurídico.

A Nova Lei de Licitações e Contratos – Lei nº 14.133/21 – supre a omissão legislativa e prevê expressamente o credenciamento como um procedimento auxiliar, no Capítulo X – Dos Instrumentos Auxiliares. No art. 79 são definidas as hipóteses legais para contratação por credenciamento. Esta área técnica entende que a contratação de serviços de Terapia Intensiva se enquadra no disposto no Inciso I do Art. 79 da Lei nº 14.133/21, a saber:

"I – paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas."

Esta é a solução que tecnicamente melhor atende às necessidades da SES/DF, pelas seguintes razões:

- A demanda de UTI é alta e crescente, devido ao envelhecimento da população e prevalência de doenças crônicas, e um prestador único não consegue atender às necessidades da SES/DF;
- A contratação simultânea de todos os particulares interessados amplia a oferta de leitos, reduzindo a espera dos pacientes por tratamento, e, especialmente em situações de emergência, tornando tempestivo o acesso do paciente ao leito de Terapia Intensiva;
- Todos os interessados têm a mesma oportunidade de contratar com a Administração pública, garantindo-se o cumprimento dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, além de tratamento isonômico e transparente; e
- As condições técnicas e econômicas são padronizadas. Para fins de pagamento das despesas são considerados os valores vigentes na Tabela Regionalizada da SUS/DF (da Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal - a ser revisada para o novo Edital), constituída por procedimentos com valores fixados conforme sistema SIGTAP/DATASUS e tabelas de mercado, tais como CBHPM, BRASÍNDICE, SIMPRO, AMB 92 e SBH 1995. Essas tabelas são estabelecidas por órgãos reguladores, associações médicas ou entidades de classe e visam a assegurar a justa remuneração dos serviços.

Para a definição da demanda por credenciado, recomenda-se a distribuição dos serviços conforme a capacidade das empresas interessadas, de modo que seja distribuída por padrões estritamente impessoais e aleatórios, conforme determina o Decreto Distrital nº 44.330/2023. Sugere-se, ainda, a vigência contratual de 12 meses, prorrogáveis por até 60 meses, a depender da necessidade assistencial da SES/DF.

6. Descrição da solução como um todo

6.1 O Objeto:

O objeto da contratação é a prestação de Serviços de Terapia Intensiva por empresas privadas para atendimento de pacientes graves, que requerem assistência especializada e contínua, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal, de forma complementar aos serviços da SES/DF.

6.2 Metodologia de Execução

A contratada deverá prestar assistência intensiva aos pacientes adultos, pediátricos e neonatos direcionados pela SES/DF, conforme fluxos estabelecidos, definindo as medidas terapêuticas, executando as condutas necessárias e obedecendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em razão da elevada demanda de leitos de UTI com suporte dialítico, todos os leitos contratados deverão oferecer Terapia Renal Substitutiva para atendimento aos pacientes que necessitem dessa terapêutica.

Para a prestação do serviço, faz-se necessário definir o perfil dos pacientes.

6.2.1 Definição do perfil dos pacientes de UTI

a. UTI Adulto

- Acima de 18 anos; mas poderá atender pacientes na faixa etária de 13 a 17 anos e 11 meses e 29 dias, desde que não haja vaga disponível em UTI Pediátrica
- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada. (grifamos)

b. UTI Pediátrica

- Faixa etária: De 29 dias a 17 anos e 11 meses e 29 dias;
- Na ausência de leito pediátrico, pacientes de 13 a 17 anos e 11 meses e 29 dias poderão ser admitidos em leitos de UTI adulto.
- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada. (grifamos)

c. UTI Neonatal

- De 0 a 28 dias
- Recém-nascidos que já receberam alta hospitalar e retornaram na emergência pediátrica, na ausência de leito neonatal, poderão ser admitidos em leito de UTI Pediátrica, desde que tenham mais de 3 kg e idade gestacional corrigida maior que 40 semanas.
- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada. (grifamos)

6.2.2 Direcionamento dos pacientes para UTI

Todos os leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal contratados deverão ser disponibilizados em Panorama 3, conforme Portaria SES/DF 1.388, de 12 de dezembro de 2018, pela Central de Regulação da Internação Hospitalar - CERIH, do Complexo Regulador do Distrito Federal, ou conforme legislação correlata posterior.

O direcionamento dos pacientes para o leito de UTI obedecerá aos níveis de prioridade para assistência em terapia intensiva estabelecidos na Resolução CFM 2156/2016 ou legislação correlata posterior.

A CERIH direcionará, para os leitos contratados, apenas pacientes com perfil do ATENDIMENTO DE SUPORTE CLÍNICO EM UTI.

Destaca-se que todos os leitos de UTI (em seu subtipo, adulto, pediátrica ou neonatal) têm o mesmo perfil, assim o direcionamento dos pacientes deverá ser feito de forma impessoal e equânime, entre as contratadas.

6.2.3 Critérios de Admissão e Alta em UTI

Os critérios de admissão e alta em UTI deverão ser norteados pela Resolução CFM nº 2.156/2016 e pela Portaria SES/DF nº 200, de 06 de agosto de 2015 ou legislação correlata posterior.

6.2.4 Direcionamento Pós-Alta da UTI

A alta da UTI deverá ser comunicada imediatamente pela contratada à CERIH, a qual procederá a busca ativa do leito de enfermaria na SES/DF para direcionamento pós-alta da UTI do paciente.

Conforme Nota Técnica Nº1/2022 - SES/CRDF/DIRAAH/CERTS, o transporte do paciente egresso de UTI deverá ser feito pelo Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes (NARP) ou outro transporte sanitário.

6.3 Conceitos de diária, paciente-dia e custo paciente-dia em UTI

A diária de UTI é a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição de hora início/fim do período é de competência da instituição hospitalar. No âmbito do SUS, foi padronizado o termo “zero hora” como início e fim do período da diária hospitalar. A primeira diária inicia-se no momento da internação do paciente.

A unidade paciente/dia refere-se à totalidade de recursos necessários para a prestação de assistência ao paciente internado durante um dia hospitalar na UTI.

A definição do custo paciente/dia em UTI é complexa, sendo dada pela composição de valores dos serviços prestados incluídos na diária, taxas hospitalares, fornecimento de gases medicinais, medicamentos, exames complementares e também procedimentos realizados. Os serviços serão pagos de acordo com a efetiva prestação.

Os itens que compõem a assistência intensiva estão abaixo detalhados e destaca-se que todas as Tabelas citadas como referência para precificação, no presente Estudo Técnico Preliminar, são meramente sugestões desta área técnica. Assim, faz-se indispensável a pesquisa de preços a ser realizada por área competente (Subsecretaria de Compras e Contratações - SUCOMP), viabilizando a atualização da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal) de acordo com as condições de mercado.

6.3.1 Diária de UTI

Por definição no SUS, são consideradas na diária de uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI - todas as ações necessárias à manutenção da vida do paciente potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos em leito dotado de sistema de monitorização contínua e que, com o suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar.

Inclui assistência médica e de enfermagem durante 24 horas ininterruptas, com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento. Estes pacientes requerem também assistência laboratorial e radiológica ININTERRUPTA.

Consideram-se os seguintes itens inclusos na Diária UTI:

Aspiração, esvaziamento; manutenção mecânica; imobilização provisória; instalação de tenda; lavagem e aspiração traqueal; sondagem gástrica; sondagem retal; sondagem vesical; aparelho de RX portátil na UTI; bandeja punção subclávia; bandeja dissecação venosa; bandeja punção lombar; berço aquecido; bisturi elétrico; bomba de infusão; capacete de hood; halo capnógrafo; cardiotocógrafo; colchão d'água ou ar; desfibrilador (cardioversor); fototerapia; halo craniano; incubadora; ionizador; marcapasso temporário; monitor; nebulizador; oxímetro; curativos; quadro balcânico; ventilador pulmonar (inclusive filtros obrigatórios); PA não invasiva; monitor cardíaco; EPI – equipamento de proteção individual; serviços de enfermagem

Como parâmetro para pagamento da diária de UTI, sugere-se utilizar os valores da Tabela SUS - SIGTAP definidos pela Portaria GM/MS nº 160, de 27 de janeiro de 2022, que dispõe dos seguintes valores:

TABELA 13. VALORES DA DIÁRIA DE UTI

| Código Procedimento SIGTAP | Descrição Procedimento | Serviço Hospitalar (SH) | Serviço profissional (SP) | Valor total (SH + SP) |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 08.02.01.008-3 | DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI II | R\$ 510,00 | R\$ 90,00 | R\$ 600,00 |
| 08.02.01.015-6 | DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTI II | R\$ 510,00 | R\$ 90,00 | R\$ 600,00 |
| 08.02.01.012-1 | DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN II | R\$ 510,00 | R\$ 90,00 | R\$ 600,00 |

A hora excedente da diária de internação será paga na proporção do valor total da diária (razão de 1/24 fração de hora). Na análise para ajuste do valor da diária, deverá ser considerada a portaria ministerial vigente.

Registra-se que, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. A Tabela SIGTAP unificou as tabelas de procedimentos dos sistemas ambulatorial (SIA/SUS) e hospitalar (SIH/SUS), com o objetivo de efetuar o repasse por produção de serviços no SUS, não tendo sido criada para servir como referência de preço.

Portanto, esta área técnica entende que não há duplicidade de pagamento na composição de valores, ou seja, Tabela SIGTAP e cofinanciamento estadual, no caso do DF, cofinanciamento Distrital.

Assim, sugere-se que os honorários médicos sejam pagos com complementação pela Tabela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), em substituição à Tabela da Associação Médica Brasileira de 1992 (AMB 92), que se encontra em desuso no mercado para o pagamento de honorários médicos.

6.3.2 Diária de acompanhante

Ainda, faz-se necessário considerar a previsão de diária de acompanhante em serviço de terapia intensiva para os seguintes casos: crianças, gestantes/puérperas e idosos, conforme definido por regulamentação vigente. Tais diárias estão previstas no SUS, havendo referência na Tabela SIGTAP, como segue na Tabela 14:

TABELA 14. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE EM UTI

| Código Procedimento SIGTAP | Diária de acompanhante | Descrição Procedimento |
|----------------------------|--|--|
| 08.02.01.001-6 | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE) | Consiste na viabilização por parte do estabelecir de saúde de condições que permitam a presen (01) acompanhante em tempo integral por pa internado, proporcionando acomodação ade assim como do fornecimento das principais refi (no refeitório ou na própria enfermaria) a ca horas, cabendo ao profissional de saúde respo pelo tratamento conceder autorização pa acompanhamento. |
| 08.02.01.002-4 | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE CRIANÇA/ADOLESCENTE (C/ PERNOITE) | Consiste na viabilização por parte do estabelecir de saúde de condições que permitam a permar em tempo integral de um dos pais ou responsáv paciente internado, proporcionando acomoda adequada assim como o fornecimento das prin refeições (no refeitório ou na própria enferma cada 24 horas. |
| 08.02.01.003-2 | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE GESTANTE (C/ PERNOITE) | Consiste na viabilização por parte do estabelecir de saúde de condições que permitam a permar junto à parturiente de 1 (um) acompanhante di todo o período de trabalho de parto, parto e pós- imediato, proporcionando acomodação adequada assim como o fornecimento das principais refeições (no refeitório ou na própria enfermaria) a cada 24 hor |
| 08.02.01.004-0 | DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS (C/ PERNOITE) | Consiste na viabilização por parte do estabelecir de saúde de condições que permitam a presen (01) acompanhante em tempo integral, por pa internado, proporcionando acomodação adec assim como o fornecimento das principais refi (no refeitório ou na própria enfermaria) a ca horas. |

6.3.3 Taxas Hospitalares

A assistência privada à saúde prevê a cobrança de taxas hospitalares. As taxas referentes a exames (SADT) e procedimentos estão também contempladas na Tabela SIGTAP.

Nesse sentido, sugere-se apenas o pagamento da Taxa de Admissão e Registro hospitalar, conforme Tabela do Sindicato Brasiliense dos Hospitais de 1995 (SBH 1995), com o fator K de correção a ser definido na atualização da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal).

Sugere-se considerar que as taxas relacionadas aos exames/procedimentos incluídos na diária de UTI já estão contempladas no valor pago por diária de UTI pela tabela SIGTAP.

6.3.4 Gases Medicinais

Em relação ao fornecimento de gases medicinais, foi feito o comparativo entre os valores estabelecidos na Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, na Tabela SBH 1995 - TUSS (Terminologia Unificada de Saúde Suplementar) e na Tabela SUS-SIGTAP:

TABELA 15. VALORES DE GASES MEDICINAIS

| Item | Edital 05/2009 Resolução Conselho de Saúde/DF | SBH – TUSS | SIGTAP |
|---|---|------------|---------------------|
| Oxigênio sob ventilação | 25,00/hora | --- | ---- |
| Oxigênio em cateter | 7,23/hora | 2,86/hora | ---- |
| Oxigênio sob nebulização | 1,81/hora | 0,71/hora | ---- |
| Oxigênio UTI Adulto | --- | 40,13/hora | |
| Oxigênio UTI Pediátrica | ---- | 17,19/hora | ---- |
| Oxigênio UTI Neonatal | ---- | 6,60/hora | ---- |
| Óxido nítrico | ---- | 71,13/hora | ---- |
| Oxigenioterapia por dia 03.01.10.014-4 | ---- | ---- | sem precificação |
| Ar comprimido | ---- | 0,91/hora | ----- |

Sugere-se que para o novo edital, seja feita a atualização da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal) com base em levantamento dos preços de mercado atuais.

6.3.5 Medicamentos

Atualmente, o Edital de Credenciamento nº 05/2009 prevê o pagamento de medicamentos pela Tabela BRASÍNDICE - pelo Preço Máximo ao Consumidor (PMC), coluna DF (preço de fábrica + 38%).

Para fins de atualização do Edital de Credenciamento, sugere-se:

- Autorização para o uso apenas dos medicamentos padronizados na Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e que anualmente, na revisão do contrato, sejam acrescidos os medicamentos que foram incorporados à SES/DF no período, garantindo assim o princípio da isonomia, uma vez que pacientes internados na Rede Própria terão acesso apenas a estes medicamentos. Sugere-se que os medicamentos sejam pagos conforme a prescrição médica, dando preferência a medicamentos genéricos ou similares de menor valor e de menor apresentação do mercado. Em caso de inviabilidade, a utilização do medicamento de referência deverá ser comprovada por meio do respectivo lacre.
- Atualização da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal): sugere-se utilizar como base para precificação das medicações padronizadas (incluindo as dietas) pela SES/DF a Tabela BRASÍNDICE pelo Preço de Fábrica (PF), coluna DF (17%), pelo princípio ativo e menor preço para apresentação prescrita.
- Caso o medicamento de uso geral ou de uso restrito hospitalar, não conste no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, terá sua remuneração pelo Preço de Fábrica (PF) de acordo com CMED, ICMS correspondente ao Distrito Federal, sem incidência de taxa.
- Observar recomendação da Resolução CMED nº 3, de 04 de maio de 2009, que proíbe a aplicação de Preço Máximo ao Consumidor a medicamentos, que possuam registro “de uso restrito a hospitais e clínicas”.

- Definição de medicamento de alto custo: sugere-se que seja definido como os medicamentos que tenham valores unitários iguais ou superiores a um salário mínimo, necessitando de autorização prévia, que deverá ser solicitada por escrito (com o tempo da terapêutica pré-estabelecido) pela contratada aos médicos supervisores, que realizam as visitas técnicas rotineiramente.

- A albumina humana 20% será considerada como medicamento e, portanto, sendo sua remuneração baseada no Guia Farmacêutico BRASÍNDICE.

Foi feito levantamento junto a Diretoria de Assistência Farmacêutica, a qual informou que a lista completa dos medicamentos padronizados nesta SES DF está disponível na Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME), a qual é atualizada anualmente (site: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/REME-DF-Atualizado.pdf/b898d0d5-5197-dd99-0405-e0891a706ede?t=1692379630952>). No Anexo IV, constam os medicamentos de uso mais frequente em Terapia Intensiva.

Conforme informado pela Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada - GAFAE (Doc SEI 119148749), as formulações de nutrição parenteral (com especificações das mesmas) padronizadas na SES/DF utilizadas em UTI adulto, pediátrica e neonatal estão listadas no Anexo V.

Conforme informado pela Gerência de Serviços de Nutrição – GESNUT (Doc SEI: 117256132), a tabela de referência de precificação para dietas disponível no mercado é o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE (<https://brasindice.com/>). Para a remuneração das dietas no novo edital de credenciamento, considerando que o armazenamento, a manipulação e a distribuição já estão contempladas no valor da diária de terapia intensiva, sugere-se que o pagamento seja feito de acordo com o produto e a quantidade utilizados por paciente por dia. No Anexo VI, consta o detalhamento dos itens referentes à terapia nutricional enteral.

6.3.6 SADT – Serviços De Apoio Diagnóstico e Terapêutico

No Edital de Credenciamento nº 05/2009, utiliza-se a tabela SIGTAP com referência para pagamento SADT. Os itens que não constam na tabela SIGTAP são remunerados pela Tabela da Associação Médica Brasileira de 1992 /AMB 92 com fator K 0,28 (índice de CH).

Recomenda-se que sejam autorizados apenas exames padronizados na Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e que anualmente, na revisão do contrato, sejam acrescidos os exames que foram incorporados à SES/DF no período, garantindo assim o princípio da isonomia, uma vez que pacientes internados na Rede Própria terão acesso apenas a estes exames.

Foi feito o levantamento junto à Gerência de Serviços de Apoio Diagnóstico – GEDIAG (Doc SEI 120808889) em relação aos exames de Análises Clínicas, Radiologia, Anatomia Patológica e Medicina Nuclear que estão padronizados na rede SES/DF, os quais constam no Anexo VII.

Registra-se que os exames laboratoriais mais usuais realizados pelo LACEN/DF constam no Anexo VIII. Sugere-se que os exames desta lista que não forem realizados pela CONTRATADA sejam encaminhados ao LACEN/DF.

Em relação aos itens referentes à Medicina Nuclear (iodoterapia, cintilografia e PET-CT) e aos exames laboratoriais relacionados à Genética, recomenda-se que o paciente com indicação clínica para os mesmos, siga os critérios de regulação da SES/DF.

É necessário enfatizar que a Tabela SIGTAP possui o objetivo de servir como referência para o repasse de recurso federal por produção de serviços no SUS. Os valores apresentados na tabela SIGTAP englobam todos os insumos (materiais / medicamentos) necessários à realização do exame.

Sugere-se para pagamento de exames complementares utilizar como referência a Tabela SIGTAP e, para os exames que não constarem na tabela SIGTAP, sugere-se a utilização da Tabela AMB 92 com fator K, a ser definido na atualização da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal), com todas as regras e instruções gerais que a regulamentam.

Destaca-se que a SES/DF possui contrato de complementaridade com a rede privada para Ressonância Nuclear Magnética pelo Edital de Credenciamento nº 02/2012 vigente.

E ainda, registra-se que a DELIBERAÇÃO Nº 17, de 03 de maio de 2022 (DODF nº 83 de 05 de maio de 2022) aprovou a Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde para pagamento de exames diagnóstico-complementares disposta no Anexo IX.

Esta área técnica considera necessário que seja feito levantamento de preços de mercado para os exames complementares que são padronizados na SES/DF e que não constam na Tabela SIGTAP, na Tabela AMB 92 e na Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17), conforme Tabelas 16 e 17:

TABELA 16. EXAMES COMPLEMENTARES PADRONIZADOS NA SES/DF PARA LEVANTAMENTO DE PREÇO DE MERCADO

| |
|---|
| PATOLOGIA CLÍNICA |
| BIOQUÍMICA |
| HOMOCISTEÍNA SÉRICA |
| MIOGLOBINA |
| PRO-BNP |
| PROCALCITONINA |
| HORMÔNIOS/IMUNOLOGIA |
| ANTICORPOS ANTIPEROXIDASE TIREOIDIANA, ANTI-TPO |
| MICROBIOLOGIA |
| PESQUISA PARA ESTREPTOCOCOS GRUPO B (S. AGALACTIAE) |
| PESQUISA VRE |
| PESQUISA MRSA |
| PESQUISA BACIOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES AOS CARBAPENÊMICOS (KPC) |
| HEMATOLOGIA |
| D DÍMERO |

TABELA 17. EXAMES COMPLEMENTARES PADRONIZADOS NA SES/DF - LACEN PARA LEVANTAMENTO DE PREÇO DE MERCADO

| OUTROS EXAMES LABORATORIAIS PARA PESQUISA DE PREÇO - LACEN |
|--|
| VANCOGINEMIA |
| ASPERGILOSE, SOROLOGIA PARA GALACTOMANANA |
| BRUCELOSE POR HEMOAGLUTINAÇÃO |
| CEPA, CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS |
| CHIKUNGUNYA – PCR |
| CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA (IgG) |
| CITOMEGALOVÍRUS – PCR (CARGA VIRAL) |
| CRUPTOCOCCUS, TESTE RÁPIDO |
| CORONAVIRUS - RT-PCR |
| DENGUE - PCR (PESQUISA DE ARBOVÍRUS) |
| HANTAVIROSE - SOROLOGIA (IgM E IgG) |
| HISTOPLASMOSE, SOROLOGIA |
| HIV – CONTAGEM DE CÉLULAS CD3+, CD4+, CD8+ e CD45+ (CITOMETRIA DE FLUXO) |
| MAYARO – SOROLOGIA (IgM) |
| NEUROCISTICERCOSE |
| TUBERCULOSE GENEXPERT |
| ZIKA VÍRUS – PCR |

Em relação aos exames complementares endoscópicos que são frequentemente realizados em UTI (Tabela 18), faz-se necessário levantamento de preço de mercado para análise quanto à necessidade ou não de complementaridade para os mesmos. Isto tem por objetivo viabilizar a realização destes exames na contratada, evitando solicitações de transferência da UTI contratada para UTI da rede SES/DF por esta demanda.

TABELA 18. EXAMES COMPLEMENTARES POR ENDOSCOPIA

| CÓDIGO SIGTAP | ENDOSCOPIA | Valor SIGTAP | Cofinanciamento |
|----------------|--|--------------|--|
| 02.09.04.001-7 | BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) C/ OU S/ LAVADO BRÔNQUICO | RS 36,02 | Não estimado (necessidade de levantamento mercado) |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | RS 48,16 | Não estimado (necessidade de levantamento mercado) |
| 02.09.01.001-0 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA DIAGNÓSTICA (CPRE) | RS 90,68 | Não estimado (necessidade de levantamento mercado) |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | RS 23,20 | Não estimado (necessidade de levantamento mercado) |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | RS 112,66 | Não estimado (necessidade de levantamento mercado) |

Há exames endoscópicos, frequentemente usados em serviços de terapia intensiva, que não constam na Tabela SIGTAP, na Tabela AMB 92 e na Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17), conforme Tabela 19:

TABELA 19. EXAMES ENDOSCÓPICOS PADRONIZADOS NA SES/DF PARA LEVANTAMENTO DE PREÇO DE MERCADO

| EXAMES ENDOSCÓPICOS |
|-------------------------------|
| NASOFIBROLARINGOSCOPIA |
| VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO |

Dada a complexidade da assistência prestada em serviço de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal, também se faz necessário pesquisa de preços de mercado para avaliar a necessidade ou não de complementaridade para realização dos seguintes exames em ambiente de UTI (Tabela 20 e Tabela 21):

TABELA 20. EXAMES COMPLEMENTARES DE ELETROFISIOLOGIA

| CÓDIGO SIGTAP | EXAME | Valor SIGTAP | Cofinanciamento |
|------------------|--|--------------|---|
| 02.11.02.003-6 | ELETRCARDIOGRAMA DE 12 DERIVAÇÕES | RS 5,15 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.02.004-4 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | RS 30,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.002-4 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO | RS 11,34 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.004-0 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) | RS 25,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.003-2 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) | RS 25,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.005-9 - | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | RS 25,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 05.01.06.004-9 | ELETROENCEFALOGRAMA P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA | RS 0,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.015-6 | VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO (NO MÍNIMO 2 HORAS DE REGISTRO) | RS 27,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) | RS 27,00 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |

TABELA 21. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS POR ESPECIALISTAS

| CÓDIGO SIGTAP | EXAME | Valor SIGTAP | Cofinanciamento |
|----------------|---|--------------|---|
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA | RS 3,37 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA | RS 24,24 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | RS 24,68 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |
| 02.11.07.042-4 | EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA) | RS 13,51 | Não estimado (necessita de levantamento de mercado) |



6.3.7 Procedimentos

Atualmente, conforme definido pelo Edital de Credenciamento nº 05/2009, os procedimentos são remunerados pela Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira versão 1992 (tabela AMB 92) com fator K de 0,36.

Tendo em vista que a Tabela AMB 92 se encontra em desuso no mercado para honorários médicos, sugere-se a utilização da Tabela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, como referência para a remuneração de **honorários médicos (incluindo nutrólogo)** dos procedimentos e dos pareceres de especialista, juntamente com todas as regras e instruções gerais que a regulamentam.

Em relação aos **procedimentos terapia renal substitutiva e hemoterapia**, sugere-se considerar a Tabela SIGTAP apenas como referência para repasse. Com vistas ao atendimento das recomendações do TCDF na auditoria realizada, e para a adequada definição de preço destes procedimentos, sugere-se o levantamento do preço de mercado para os procedimentos listados abaixo, com vistas à composição do custo (Tabela SIGTAP e cofinanciamento).

a. Procedimentos de Terapia Renal Substitutiva - TRS

Destaca-se que, em relação aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva Ambulatorial (hemodiálise e diálise peritoneal), esta SES/DF já possui Edital de Credenciamento nº 01/2020, no qual há previsão de pagamento composto pela Tabela SIGTAP mais cofinanciamento. No caso da TRS realizada em Terapia Intensiva, o procedimento é intra-hospitalar, com atendimento a pacientes agudos e mais graves. Sugere-se que seja feito levantamento de preços no mercado para Pacotes de Hemodiálise e Diálise Peritoneal em ambiente de Terapia Intensiva para atendimento aos pacientes em todas as faixas etárias, conforme detalhamento abaixo:

TABELA 22. PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciame |
|---|--|--------------|---|
| 03.05.01.013-1 | Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado | RS 265,41 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Hemodiálise Intermitente Hospitalar - período de até 4 horas (sessões)</p> <p>Itens inclusos:</p> <p>Serviços de enfermagem e auxiliares;</p> <p>Locomoção do material e equipe;</p> <p>Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;</p> <p>Materiais e medicamentos: 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 01 frasco de solução ácida, 02 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze e 01 par de tampa para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%</p> <p>Honorários médicos diálise;</p> <p>Sem reuso de capilares e linhas.</p> <p>Itens Excluídos:</p> <p>Honorários médicos para acesso para hemodiálise;</p> <p>Cateter de duplo ou triplo lumen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.</p> | | | |

TABELA 23. PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE ESTENDIDA

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamei |
|---|--|--------------|---|
| 03.05.01.013-1 | Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado | RS 265,41 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Hemodiálise Intermitente Hospitalar Estendida de 6 a 8 horas (se Indicada para pacientes graves que necessitem de métodos lentos de hemodiálise (HDC).</p> <p>Itens inclusos:</p> <p>Serviços de enfermagem e auxiliares;</p> <p>Locomoção do material e equipe;</p> <p>Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimer calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;</p> <p>Materiais: : 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, isoladores de pressão, 02 frasco de solução ácida, 03 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml, 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze estéril; 01 par de tar para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%</p> <p>Honorários médicos diálise;</p> <p>Sem reuso de capilares e linhas.</p> <p>Itens Exclusos:</p> <p>Honorários médicos para acesso para hemodiálise;</p> <p>Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.</p> <p>Mediante autorização do médico supervisor sa SES/DF, conforme indicação clínica.</p> | | | |

TABELA 24. PACOTE DE HEMODIÁLISE CONTÍNUA

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamento |
|---|----------------------|--------------|---|
| 03.05.01.004-2 | Hemodiálise contínua | RS 265,41 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Hemodiálise Contínua Hospitalar em Máquina específica. Indicada para pacientes em estado crítico, que necessitem de métodos contínuos e lentos (sessão de até 72h).</p> <p>Itens inclusos:</p> <p>Serviços de enfermagem e auxiliares com escala de plantão 24 horas; Locomoção do material e equipe; Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil; Materiais a cada 72h: Kit específico para máquina de hemodiálise contínua*, 01 bolsa de drenagem HP SP 354 e 01 tubo extensor; Materiais de uso diário: Solução eletrolítica 0,61% 5000ml: 10 bolsas a cada 24h; citrato de sódio 3000ml: 2 bolsas a cada 24h; 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 01 frasco; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 01 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; swabs álcool 70% Honorários médicos diálise;</p> <p>Itens Excluídos:</p> <p>Honorários médicos para acesso para hemodiálise; Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica. Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica. *Caso haja necessidade de troca do kit antes de 72 horas de uso, será necessária justificativa escrita e autorização pelo médico supervisor.</p> | | | |

TABELA 25. PACOTE DE DIÁLISE PERITONEAL

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamento |
|---|---|--------------|---|
| 03.05.01.003-4 | Diálise peritoneal para pacientes renais agudos | RS 111,42 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Diálise Peritoneal Intermitente Paciente Agudo ou Crônico Intermittente</p> <p>Itens inclusos: Serviços de enfermagem com especialização em Nefrologia; Locomoção do material e equipe; Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento; Materiais: Máscara descartável: 04 DPA/10 CAPD, 02 clamps plásticos bolsa, 01 Equipocasset para homechoice 3 entradas, 01 equipo de drenagem, Prep Kit: 01 DPA/ 05 CAPD; 01 bolsa sin de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml, 02 bolsas simples de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 6000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml. Álcool 70% 100ml, Wipper: 02DPA/05 CAPD; Mini 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 pacotes de compressa estéril; 02 pares de luva procedimento Honorários médicos para diálise; e Aluguel da máquina.</p> <p>Itens Exclusos: Instalação e retirada de cateter permanente para diálise peritoneal (kit cateter de Tenckhoff de cuff); e Visita médica</p> | | | |

TABELA 26. PACOTE PARA IMPLANTE DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISE

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamento |
|---|--|--------------|---|
| 04.18.01.005-6 | Implante de cateter duplo lúmen na IRA | RS 163,89 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Instalação de Cateter Duplo Lumen ou Cateter Triplo Lúmen</p> <p>Itens incluídos: Honorários médicos; Kit cateter duplo lúmen ou Kit cateter triplo lúmen; Materiais e medicamentos: 01 bandeja de acesso venoso central; 01 máscara; 01 gorro; 01 capô estéril; 01 campo fenestrado; 01 par de luvas cirúrgica estéril; 01 agulha 25x7; 01 agulha 40x12; seringa de 05 ml; 01 seringa de 20 ml; 01 frasco (5ml) de Lidocaína 2% sem vasoconstritor; 50ml solução antisséptica degermante; 50ml de solução antisséptica alcoólica; 02 pacotes de gaze 7.5x7.5cm; 01 fio cirúrgico; 50 cm de fita cirúrgica hipoalergênica branca; 01 frasco 250ml de SF 01 frasco (5ml) de heparina sódica.</p> | | | |

TABELA 27. PACOTE PARA IMPLANTE DE CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamento |
|----------------|-------------------------------|--------------|---|
| 04.18.01.007-2 | Implante de cateter Tenckhoff | RS 206,80 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Instalação de Cateter Tenckhoff reto ou curvo

Itens incluídos: Honorários médicos;

Kit cateter de Tenckhoff;

Materiais e medicamentos: 01 frasco de heparina sódica 5ml; 01 par de luvas cirúrgica estéril; 01 lâmina bisturi; 01 frasco de Lidocaína 2% sem vasoconstritor; 50ml solução antisséptica degerma; 50ml de solução antisséptica alcoólica; 02 pacotes de gaze 7.5x7.5cm; 01 seringa de 20ml; 01 seringa de 1ml; 01 máscara; 01 gorro; 01 capote estéril; 01 bandeja pequena cirurgia; 01 fio cirúrgico; 01 campo estéril grande.

b. Procedimentos relacionados à Hemoterapia

O uso de sangue e hemocomponentes é uma prática dispendiosa para o SUS, pois para seu processamento necessita e utiliza tecnologia de ponta e recursos humanos altamente especializados, apesar de ter o seu fornecimento diretamente relacionado à doação de sangue voluntária. Posto isso, foi publicada a Portaria MS nº 1.469/2006, de 10 de julho de 2006, a qual dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando houver fornecimento dos mesmos aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde. No Anexo 1 da referida Portaria (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/anexo/anexo_prt1469_10_07_2006.pdf) há tabela com detalhamento dos custos operacionais relacionados aos hemocomponentes. Esta tabela foi criada há 17 anos, sendo que os valores nela dispostos estão desatualizados no Distrito Federal.

A composição dos pacotes de procedimentos de hemoterapia detalhada abaixo foi construída conforme a discriminação dos itens que compõem o custo operacional dos hemocomponentes contida na Portaria MS nº 1.469/2006, de 10 de julho de 2006.

Dito isto, faz-se necessário levantamento do preço de mercado para definição de custo dos seguintes pacotes de hemoterapia:

TABELA 28. PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamento |
|----------------|------------------------------------|--------------|---|
| 03.06.02.006-8 | Unidade de Concentrado de Hemácias | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de hemácias.

Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de Hemácias;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - f
Seleção pré-transfusional II (prova de compatibilidade).

Itens Exclusos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa);

Deleucotização de concentrado de Hemácias (quando filtrada);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada;

Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada;

Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada;

Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada;

Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada.

Conforme indicação clínica (prescrição médica) poderão ser acrescidos os seguintes itens ao Pacote Básico de Transfusão de Concentrado de Hemácias:

| SERVIÇOS A SEREM PRECIFICADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS |
|---|
| Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses) |
| Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa) |
| Deleucotização de concentrado de Hemácias (quando filtrada) |
| Irradiação (por bolsa) - quando irradiada |
| Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada |
| Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada |
| Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada |
| Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada |

TABELA 29. PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS RANDÔMICO

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamei |
|---|---|--------------|---|
| 03.06.02.007-6 | Unidade de concentrado de Plaquetas (randômica) | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de plaquetas randômicas.</p> <p>Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de plaquetas randômicas; Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);</p> <p>Itens Excluídos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses); Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa); Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada); Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.</p> | | | |

Conforme indicação clínica (prescrição médica) poderão ser acrescidos os seguintes itens ao Pacote Básico de Transfusão de Concentrado de Plaquetas Randômico:

| SERVIÇOS A SEREM PRECIFICADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS |
|---|
| Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses) |
| Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa) |
| Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada) |
| Irradiação (por bolsa) - quando irradiada |

TABELA 30. PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS POR AFÉRESE

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciamei |
|---|---|--------------|---|
| 03.06.02.009-2 | Unidade de concentrado de Plaquetas por Aférese | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| <p>Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de plaquetas por aférese.</p> <p>Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de plaquetas por aférese; Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - I</p> <p>Itens Excluídos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses); Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.</p> | | | |

Conforme indicação clínica (prescrição médica) poderão ser acrescidos os seguintes itens ao Pacote Básico de Transfusão de Concentrado de Plaquetas por Aférese:

| SERVIÇOS A SEREM PRECIFICADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE |
|---|
| Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses) |
| Irradiação (por bolsa) - quando irradiada |

TABELA 31. PACOTE DE TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciame |
|---|-------------------|--------------|---|
| 03.06.02.010-6 | Unidade de Plasma | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| Descrição do Procedimento: Transfusão de Plasma Fresco Congelado. | | | |
| Itens inclusos: Custo Operacional de Plasma Fresco Congelado; Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh). | | | |

TABELA 32. PACOTE DE TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciame |
|---|----------------------------|--------------|---|
| 03.06.02.008-4 | Unidade de Crioprecipitado | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| Descrição do Procedimento: Transfusão de Crioprecipitado. | | | |
| Itens inclusos: Custo Operacional do Crioprecipitado; Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh). | | | |

c. Outros Procedimentos Hematológicos Terapêuticos

TABELA 33. PACOTE DE AFÉRESE TERAPÊUTICA

| Código SIGTAP | Procedimento | Valor SIGTAP | Valor de Cofinanciame |
|---|---------------------|--------------|---|
| 03.06.02.001-7 | Aférese terapêutica | RS 8,39 | Não estimado (necessário levantamento de mercado) |
| DETALHAMENTO DO PACOTE | | | |
| Descrição do Procedimento: Realização de aférese terapêutica. | | | |
| Itens inclusos: Honorário médico e do operador; Kit completo de descartáveis para uso do equipamento de aférese; Plasma Fresco Congelado; Albumina 20%; Solução Fisiológica 0,9% Cateter de duplo lúmen para aférese | | | |

Destaca-se que há precificação para aférese terapêutica na Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17).

d. Em relação à realização de procedimentos médicos cirúrgicos:

Enfatizamos que o perfil dos pacientes a serem atendidos em serviços de terapia intensiva a que se destina este Edital de Credenciamento de leitos de UTI é o PERFIL DE PATOLOGIAS CLÍNICAS OU PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO COM CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO EM UTI, SEM PREVISÃO DE REABORDAGEM CIRÚRGICA. Dito isto, com o objetivo de sanar omissões do Edital de Credenciamento nº 05/2009, que ensejou questionamentos a respeito da remuneração de procedimentos cirúrgicos em caráter de urgência e emergência na contratada, recomenda-se considerar:

- Procedimentos de urgência: poderão, excepcionalmente, ser realizados para atendimento de pacientes com risco iminente à vida, mediante autorização do médico supervisor da SES/DF.
- Procedimentos de emergência: poderão, excepcionalmente, ser realizados, mediante a avaliação e autorização posterior do médico supervisor da SES/DF, que poderão ser glosados, caso a situação de emergência não seja configurada, conforme critérios técnicos definidos.

Destaca-se que esta SES/DF já dispõe de Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17), contendo procedimentos de intercorrência e complicações ocorridas durante a internação, conforme Anexo X. Os mesmos procedimentos descritos na Tabela supracitada também podem vir a ser necessários, conforme indicação clínica, no cenário de urgência e emergência em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal.

Sugere-se levantamento de preço baseado na Tabela CBHPM, para procedimentos cirúrgicos de urgência ou emergência, que não estão contemplados na Tabela Diferenciada de Remuneração de Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17).

Reitera-se que **não há previsão para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos** para os pacientes internados em serviços de UTI credenciados por esta SES/DF. Em caso de necessidade de procedimento cirúrgico eletivo, deverá haver retorno do paciente para rede própria SES/DF para a programação do mesmo após a alta hospitalar.

6.3.8 Atendimento multiprofissional:

Sugere-se que seja feita pesquisa de preços para o pagamento de honorários dos profissionais da equipe multidisciplinar, considerando a Tabela 34 abaixo:

TABELA 34. DETALHAMENTO DO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

| Tipo de atendimento | Previsão de sessões por dia |
|--|---|
| Sessão de atendimento do fisioterapeuta | 3 atendimentos/dia (manhã, tarde e noite) |
| Sessão de atendimento do terapeuta ocupacional | no máximo - 1 atendimento/dia: conform demanda |
| Sessão de atendimento do fonoaudiólogo | no máximo - 3 atendimentos/dia: conform demanda |
| Sessão de atendimento do psicólogo | no máximo - 1 atendimento/dia: conform demanda |
| Sessão de atendimento do odontólogo | no máximo - 1 atendimento/dia: conform demanda |

Sugere-se ainda, que o atendimento do farmacêutico, nutricionista e assistente social não sejam precificados, uma vez que não são atendimentos relacionados diretamente ao paciente.

6.3.9 Materiais

Recomenda-se que sejam autorizados apenas materiais padronizados na Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e que anualmente, na revisão do contrato, sejam acrescidos os materiais que foram incorporados à SES/DF no período, garantindo assim o princípio da isonomia, uma vez que pacientes internados na Rede Própria terão acesso apenas a estes materiais. No Anexo XI constam os materiais padronizados na SES/DF de uso nas UTIs, conforme pesquisa em SISMATERIAIS. Destaca-se que materiais de marcas diferentes, poderão ser utilizados, mas deverão ter como base de pagamento, material padronizado nesta SES/DF, cujo descritivo é semelhante. Materiais que não têm descritivo semelhante padronizados na SES/DF não poderão ser utilizados. Antes da glosa, o auditor deverá checar no SISMATERIAIS, ou software semelhante no período, se o material foi incorporado à SES/DF.

Atualmente, no Edital de Credenciamento nº05/2009, utiliza-se a Tabela SIMPRO como referência para pagamento de material acrescido de taxa de comercialização escalonada que varia de 16 a 34% (dependendo do valor do material).

Sugere-se a utilização de valores de materiais compatíveis com os praticados pelo mercado local, que utiliza a mesma tabela SIMPRO como referência para pagamento de materiais e OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), porém com taxa de desconto (deflator) a ser definida na revisão da Tabela Regionalizada SUS/DF (Resolução nº 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal), com detalhamento específico para OPME.

6.4 Critérios de Medição do Resultado

Os pagamentos serão realizados em conformidade com os serviços efetivamente realizados e os resultados serão aferidos mediante a aplicação do Instrumento de Medição de Resultados (IMR), detalhado no Anexo XII. Sugere-se que sejam definidos critérios para aplicação de penalidade nos casos em que a contratada não atinja as metas estabelecidas do IMR por 3 meses consecutivos.

Esta área técnica sugere critérios objetivos para a glosa no Anexo XIII.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

Considerando-se a estimativa da necessidade de leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal apontada pela SES/SUPLANS /DIPLAN e, ainda, os dados sobre a atual capacidade instalada de leitos de UTI da SES/DF; chega-se à estimativa do déficit de leitos de UTI, conforme a Tabela 35 abaixo:

TABELA 35. ESTIMATIVA DO DÉFICIT DE LEITOS DE UTI SES/DF

| UTI | Estimativa de Leitos de UTI para população DF e RIDE | Consolidado de Leitos UTI SES/DF | Estimativa de Déficit de Leitos de UTI |
|----------------|--|----------------------------------|--|
| UTI Adulto | 511 | 383 | - 128 |
| UTI Pediátrica | 88 | 76 | - 12 |
| UTI Neonatal | 102 | 98 | - 4 |
| Total | 701 | 557 | - 144 |

No entanto, na estimativa de déficit de leitos de UTI contida na Tabela 35, acima, também estão incluídos os leitos de UTI da rede contratada pela SES por meio do Edital nº 05/2009.

Sendo assim, faz-se necessário estabelecer o déficit de leitos UTI sem a complementaridade contratada pelo Edital nº 05/2009 vigente no momento, como segue na Tabela 36:

TABELA 36. ESTIMATIVA DO DÉFICIT DE LEITOS DE UTI SES/DF SEM ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR

(sem os leitos atualmente contratados pelo Edital nº 05/2009)

| UTI | Estimativa de Leitos de UTI para população DF e RIDE | Consolidado de Leitos UTI SES/DF menos Leitos UTI Contratados Edital 05/2009 | Estimativa de Déficit de Leitos de UTI Sem assistência complementar 0 |
|----------------|--|--|---|
| UTI Adulto | 511 | 238 | - 273 |
| UTI Pediátrica | 88 | 71 | - 17 |
| UTI Neonatal | 102 | 88 | -14 |
| Total | 701 | 387 | - 304 |

A estimativa acima baseou-se nos cálculos referentes à população do Distrito Federal e RIDE, no momento presente, e em condições epidemiológicas habituais, podendo haver variações de acordo com a necessidade populacional e em períodos de maior demanda por fatores epidemiológicos.

Em síntese, o déficit atual estimado de leitos de UTI na SES/DF é de 304 leitos, assim distribuídos: 273 leitos de UTI adulto; 17 leitos de UTI pediátrica e 14 leitos de UTI neonatal.

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 543.478.748,80

Para efeito de estimativa de custo nas Unidades de Terapia Intensiva da assistência complementar à SES/DF, considerou-se o custo médio-paciente/dia nas UTI adulto, pediátrica e neonatal contratadas pelo Edital de Credenciamento nº 05/2009 no ano de 2022, conforme explicitado no Anexo XIV.

O número de internações é estimado e pode variar conforme a necessidade diária. O custo estimado total máximo da contratação, caso venham a ser contratados todos os leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal (304 leitos) é de R\$ 543.478.748,80 anuais (R\$ 45.289.895,60 mensais), conforme custos unitários apostos nas tabelas do Anexo XIV. A Tabela 37 mostra a estimativa consolidada de custos para contratação de leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal:

TABELA 37. ESTIMATIVA DO CUSTO TOTAL DA CONTRATAÇÃO

| Tipo de UTI | Custo estimado leitos contratados atualmente (nº leitos) | Custo estimado máximo da contratação (nº leitos) |
|----------------|---|---|
| UTI Adulto | R\$ 268.274.179,00 (145 leitos) | R\$ 505.095.523,00 (273 leitos) |
| UTI Pediátrica | R\$ 6.479.772,00 (05 leitos) | R\$ 22.031.224,80 (17 leitos) |
| UTI Neonatal | R\$ 11.680.000,00 (10 leitos) | R\$ 16.352.000,00 (14 leitos) |
| Total | R\$ 286.433.951,00 (160 leitos) | R\$ 543.478.748,80 (304 leitos) |

8.1 Recursos Orçamentários

Os recursos necessários à realização dos serviços ora apresentados correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

- Unidade Gestora: SES-DF
- Programa de Trabalho: 10.302.6202.2145.2549
- Natureza de Despesa: 339039
- Fonte - 100/138

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

A necessidade da SES/DF é a contratação de Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal de forma complementar ao SUS/DF.

Não há justificativa para o parcelamento da solução.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Não há necessidade de contratações/aquisições correlatas.

Não existe dependência de outra contratação ou aquisição de insumos, uma vez que será utilizada a estrutura física, equipes multidisciplinares, equipamentos e materiais disponibilizados na CONTRATADA.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

O objeto da contratação pretendida está alinhado ao Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060 e ao Mapa Estratégico da SES/DF 2020-2023, conforme demonstrado abaixo na Tabela 38:

TABELA 38. PLANO ESTRATÉGICO DO DISTRITO FEDERAL 2019-2050

| | |
|--|---|
| Batalha 2: | Garantir o acesso aos serviços de saúde para a população |
| Resultado-Chave: | Garantir 100% de filas administradas e reguladas para procedimentos de média e alta complexidade |
| Mapa Estratégico da SES-DF 2020 2023 | |
| Objetivo: | Oferecer assistência de qualidade e segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde |
| Plano de Contratação Anual - PCA 2023 | |
| Item | Prestação de Serviços de Terapia intensiva |

A contratação de serviços de Terapia Intensiva será custeada pelo Programa de Trabalho 10.302.6202.2145.2549 - SERVIÇOS ASSISTENCIAIS COMPLEMENTARES EM SAÚDE-SES-DISTRITO FEDERAL.

Os serviços de UTI, objeto deste Estudo Técnico Preliminar, foram parcialmente previstos na Proposta de Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA, referente ao exercício de 2024. Portanto, há a necessidade de inclusão do aumento do número de leitos a serem contratados (114 leitos), no Plano de Contratação 2023/2024 e exercícios subsequentes, além da aprovação da autoridade competente.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

A efetivação da contratação contribuirá para assegurar a assistência em terapia intensiva aos usuários do SUS/DF e, especialmente:

- Atender a curto/médio prazo a demanda reprimida por leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal;
- Diminuir o tempo de espera, promovendo o acesso tempestivo aos leitos de UTI pelos pacientes críticos que necessitam de assistência intensiva e de Terapia Renal Substitutiva;
- Reduzir o custo do tratamento oferecido nas UTI pelo acesso dos pacientes no tempo certo; e

- Promover desjudicialização com redução do número de mandados judiciais para acesso à assistência em UTI no Distrito Federal.

13. Providências a serem Adotadas

Não há necessidade de adaptação do ambiente ou captação das equipes, uma vez que a prestação de serviços se dará no ambiente da CONTRATADA.

14. Possíveis Impactos Ambientais

Os impactos ambientais são inerentes ao habitual funcionamento hospitalar, não havendo acréscimo.

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara VIÁVEL esta contratação com base neste Estudo Técnico Preliminar - ETP, conforme o inciso XIII, art. 7º da IN 40 de 22 de maio de 2020 da SEGES/ME, desde que sejam garantidos os créditos orçamentários e os recursos financeiros.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Despacho: Cargo: Subsecretário de Atenção Integral à Saúde - SAIS

MAURICIO GOMES FIORENZA

Autoridade competente

Despacho: Cargo: Coordenadora de Atenção Especializada à Saúde - CATES

BIANCA SOUZA LIMA

Autoridade competente



Assinou eletronicamente em 26/09/2023 às 11:14:48.

Despacho: Diretora de Serviços de Internação - DSINT

GEANNA VALENTTE DE MEDEIROS DIAS

Autoridade competente

Despacho: Gerente de Serviços de Terapia Intensiva - GESTI

HELIDA CELLES MULLER FERNANDES

Autoridade competente



Assinou eletronicamente em 20/09/2023 às 18:44:32.

Despacho: RTD Titular UTI Adulto

AMABEL GOMES DE BRITO OLIVEIRA

Equipe de apoio

Despacho: RTD Colaboradora UTI Adulto

SANDRA REGINA LIMA CARNEIRO

Equipe de apoio



Assinou eletronicamente em 20/09/2023 às 18:52:25.

Despacho: RTD Titular Neonatologia

FERNANDA CHARBEL JANIQUES SAMPAIO

Equipe de apoio



Assinou eletronicamente em 21/09/2023 às 11:48:01.

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - ANEXOS.pdf (1.77 MB)

Anexo I - ANEXOS.pdf

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Detalhamento da progressão dos leitos de Terapia Intensiva na SES/DF

ANEXO II – Requisitos Técnico-Assistenciais

ANEXO III - Das obrigações da Contratada

ANEXO IV - Lista de Medicamentos usuais padronizados na SES/DF (REME)

ANEXO V - Itens referentes a Terapia Nutricional Parenteral

ANEXO VI - Itens referentes a Terapia Nutricional Enteral

ANEXO VII - Lista de Exames Complementares Padronizados na SES/DF

ANEXO VIII - Exames diagnóstico-complementares padronizados na SES/DF - LACEN

ANEXO IX - Tabela Diferenciada de Remuneração De Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17, de 03 de maio de 2022)

ANEXO X - Lista de Procedimentos de Intercorrências e complicações previstos na Tabela Diferenciada de Remuneração De Serviços Complementares de Saúde (Deliberação nº 17, de 03 de maio de 2022)

ANEXO XI - Materiais Padronizados na SES/DF

ANEXO XII - Instrumento de Medição de Resultados (IMR)

ANEXO XIII – Critérios de glosa

ANEXO XIV - Levantamento de custo médio paciente/dia em 2022 nas UTI adulto, pediátrica e neonatal credenciadas pelo Edital de Credenciamento 05/2009

ANEXO I**DETALHAMENTO DA PROGRESSÃO DOS LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA SES/DF**

TABELA A. EVOLUÇÃO DO Nº LEITOS DE UTI ADULTO DA REDE SES/DF - 2018 a 2022

| UTI ADULTO | Nº Leitos UTI | | | | |
|------------------|---------------|------|------|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| HRAN | 10 | 10 | 20 | 20 | 20 |
| HMIB UTI Materna | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| HRT | 08 | 08 | 08 | 08 | 08 |
| HRC | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| HRSAM | 08 | 20 | 27 | 27 | 27 |
| HRG | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| HRL | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| HRS | 08 | 08 | 08 | 08 | 08 |
| IHBDF | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 |
| HRSM | 61 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| HUB | | 11 | 11 | 11 | 19 |
| Total | | 213 | 230 | 230 | 238 |

TABELA B. EVOLUÇÃO DO Nº LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA DA REDE SES/DF - 2018 a 2022

| UTI PEDIÁTRICA | Nº Leitos UTI | | | | |
|----------------|---------------|------|------|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| HMIB PED | 20 | 20 | 20 | 20 | 16 |

| | | | | | |
|---------------|----|-------|-----|-----|------|
| HRT | 05 | 05 | 05 | 05 | 05 |
| IHBDF | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| HCB | 38 | 48 | 48 | 48 | 38 |
| HRSM | 21 | ----- | --- | --- | ---- |
| Total UTI Ped | 96 | 85 | 85 | 85 | 71 |

TABELA C. EVOLUÇÃO DO Nº LEITOS DE UTI NEONATAL DA REDE SES/DF - 2018 a 2022

| UTI NEONATAL | Nº Leitos UTI | | | | |
|--------------------|---------------|------|------|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| HMIB NEO | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| HRC | 08 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| HRS | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| HRT | 08 | 08 | 08 | 08 | 08 |
| HRSM | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| HUB | 08 | 08 | 08 | 08 | 08 |
| Total UTI Neonatal | 79 | 81 | 81 | 81 | 81 |

TABELA D. EVOLUÇÃO DO Nº LEITOS DE UTI DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AO SUS/DF PELO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 05/2009 - 2020 a 2022

| Processo SEI | Contratos | Contratada | Nº leitos 2020 | Nº leitos 2022 |
|--|----------------------|------------|----------------|----------------|
| 00060-00160255/2020-69 | 078/2020 | DAHER | 15 | 40 |
| 0060-013525/2014 00060-00160296/2020-55 | 053/2018 089/2020 | DOMED | 13 | 19 |
| 00060-00459695/2020-71 | 043041/2020 | HOME | 10 | 30 |

| | | | | |
|--|-------------|--------------------|-----------|------------|
| 00060-00214000/2019-90 | 058/2020 | SANTA MARTA | 19 | 14 |
| 00060-00160188/2020-82 | 088/2020 | São Francisco YUGE | 10 | 15 |
| 00060-00419868/2020-18 | 044726/2021 | São Mateus | 10 | 20 |
| | | | 77 leitos | 138 leitos |

ANEXO II

REQUISITOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Considerando o disposto na RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e na Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017, quanto aos requisitos mínimos para o funcionamento dos leitos em Unidades de Terapia intensiva, segue a parametrização recomendada nas normativas vigentes:

1 UTI ADULTO

1.1 RECURSOS MATERIAIS:

| LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO | |
|--|---|
| Materiais e Equipamentos | Dimensionamento |
| Kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências. | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, suporte para cilindro de oxigênio | 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos. |
| Monitor Multiparamétrico | 01 (um) por leito. |
| Monitor para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, frequência respiratória), específico para transporte, com bateria. | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Cilindro transportável de oxigênio | 01 (um) por unidade. |
| Cama hospitalar com ajustes de posição, grades laterais e rodízios | 01 (uma) por leito. |
| Poltronas removíveis, com revestimento impermeável para paciente | 01 (uma) por leito. |
| Conjunto padronizado de beira de leito contendo: estetoscópio, fita métrica, termômetro e kit reanimador manual tipo bolsa auto-inflável com | 01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos. |

| | |
|--|--|
| máscara e reservatório. | |
| Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos (“Bombas de Infusão”) | 04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos. |
| Conjunto de nebulização, em máscara | 01 (um) para cada leito. RESERVA: 02 (dois) conjuntos para cada 05 (cinco) leitos. |
| Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concentrações de Oxigênio. | 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos. |
| Material para monitorização de pressão venosa central | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos. |
| Ventilador Pulmonar mecânico microprocessado* | 01 (um) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. |
| Ventilador mecânico específico para transporte, com bateria | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva (quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de VNI). | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva. | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. |
| Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar. | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração. |
| Material, medicamentos e equipamentos para reanimação. | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. |
| Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador. | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos |
| Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva. | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 10 leitos. |
| Aspirador à vácuo portátil | 01 (um) por unidade. |
| Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado | 01 (um) por unidade. |

| | |
|---|--|
| Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (cuffômetro) | 01 (um) por unidade. |
| Eletrocardiógrafo portátil | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Foco auxiliar portátil | 01 (um) por unidade. |
| Monitor de débito cardíaco | 01 (um) por unidade. |
| Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas | 01 (um) por unidade. |
| Ventilômetro | 01 (um) por unidade. |
| Capnógrafo | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente | 01 (um) por unidade. |
| Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de imagens disponível na unidade. | 01 (um) por unidade. |
| Oftalmoscópio e Otoscópio | 01 (um) por unidade. |
| Materiais para punção lombar | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para drenagem liquórica em sistema fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Relógio e calendários de forma a permitir visualização em todos os leitos. | Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para drenagem torácica em sistema fechado. | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidades. |
| Materiais para punção pericárdica. | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para traqueostomia. | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para acesso venoso central. | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |

| | |
|--|---------------------------------|
| Kit "carrinho": medicamentos e materiais para atendimento às emergências | 01 para cada 05 (cinco) leitos |
| Kit Curativo: 1 tesoura reta / 1 pinça kelly reta/ 1 pinça dente de rato/ 1 pinça anatômica. | 01 para cada 02 (dois) leitos. |
| Kit Bandeja Retirada de Ponto: 1 Bandeja, 1 Pinça anatômica dente de rato (14 cm); 1 tesoura iris reta (12 cm). | 01 para cada 02 (dois) leitos. |
| Kit Bandeja Cateterismo Vesical: 1 bandeja, 1 cuba redonda / 1 cuba rim / 1 campo cirúrgico fenestrado 40x40cm / 1 pinça cheron (antisepsia) / 1 pinça reta. | 01 para cada 05 (cinco) leitos. |

1.2 RECURSOS HUMANOS:

| LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO | |
|---|---|
| Recursos Humanos | Dimensionamento |
| Responsável Técnico Médico Intensivista | 01 (um) para unidade. |
| Médico plantonista | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno. |
| Médico intensivista rotineiro/diarista | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno. |
| Enfermeiro Coordenador | 01 (um) para unidade. |
| Enfermeiro plantonista (assistencial) | 01 (um) para cada 08 (oito) leitos em cada turno. |
| Técnico de enfermagem | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos e 01 (um) por unidade para apoio assistencial em cada turno. |
| Fisioterapeuta Coordenador | 01 (um) para unidade. |
| Fisioterapeuta assistencial | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno. |
| Auxiliar administrativo | 01 (um) exclusivo para unidade em cada turno. |

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Serviço de limpeza | 01 (um) para unidade por turno. |
| Farmacêutico clínico | Disponível na unidade hospitalar |
| Nutricionista | Disponível na unidade hospitalar |
| Fonoaudiólogo | Disponível na unidade hospitalar |
| Odontólogo | Disponível na unidade hospitalar |
| Psicólogo | Disponível na unidade hospitalar |
| Terapeuta ocupacional | Disponível na unidade hospitalar |
| Assistente social | Disponível na unidade hospitalar |

1.3 RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI Adulto está inserida, obrigatoriamente:

| Recursos Assistenciais Obrigatórios |
|---|
| Centro Cirúrgico |
| Serviço Radiológico Convencional |
| Serviço de Ecodopplercardiografia |
| Serviço de Ultrassonografia portátil |
| Hemogasômetro 24 horas |
| Serviço de laboratório Clínico, incluindo microbiologia |

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - os seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Adulto está inserida à beira leito:

| Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar |
|---|
| Terapia Nutricional (enteral e parenteral) |
| Assistência clínica / cirúrgica vascular |

| |
|---|
| Assistência clínica / cirúrgica cardiovascular |
| Assistência clínica / cirúrgica neurológica |
| Assistência clínica / cirúrgica ortopédica |
| Assistência clínica / cirúrgica urológica |
| Assistência clínica gastroenterológica |
| Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise |
| Assistência clínica hematológica / hemoterápica |
| Assistência clínica oftalmológica |
| Assistência clínica / cirúrgica otorrinolaringológica |
| Assistência clínica de Infectologia |
| Assistência clínica ginecológica |
| Assistência clínica cirúrgica geral |
| Assistência cirúrgica bucomaxilofacial |
| Serviço de laboratório clínico (microbiologia e hemogasometria) |
| Serviço de radiologia móvel, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada |
| Serviço de ultrassonografia portátil |
| Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa |
| Serviço de fibrobroncoscopia |
| Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica (ME) |
| Serviço de anatomia patológica |

2 UTI PEDIÁTRICA

2.1 RECURSOS MATERIAIS

Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

| Materiais e Equipamentos | Dimensionamento |
|---|---|
| Cama Fowler com grades laterais ou Berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízio | 01 (um) por leito. |
| Bandejas para procedimentos de: punção lombar; diálise peritoneal, drenagem torácica em sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC); flebotomia, curativo, cateterismo vesical de demora em sistema fechado. | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento |
| Equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial. | 01(um) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos. |
| Estetoscópio pediátrico | 01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos |
| Termômetro | 01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos |
| Conjunto para nebulização infantil | 01 (um) por leito. |
| Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") | 04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos. |
| Fita métrica | 01 (uma) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos |
| Poltrona removível, com revestimento impermeável, destinada ao acompanhante | 01 (uma) por leito. |
| Monitor para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, frequência respiratória), específico para transporte, com bateria. | 01 (um) para 10 (dez) leitos. |
| Berço aquecido de terapia intensiva | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. |
| Estadiômetro | 01 (um) por unidade. |
| Balança eletrônica para lactentes e criança | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos |

| | |
|--|---|
| maiores | |
| Oftalmoscópio | 01 (um) por unidade. |
| Otoscópio | 01 (um) por unidade. |
| Materiais para drenagem liquórica em sistema fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de imagens disponível na unidade | 01 (um) por unidade. |
| Máscaras com reservatório, capacetes ou tenda para oxigenioterapia | 01 (um) para cada 03 (três) leitos |
| Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Aspirador a vácuo portátil | 01 (um) por unidade. |
| Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro") | 01 (um) por unidade. |
| Capnógrafo | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos. |
| Ventilador pulmonar mecânico microprocessado | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos. RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos. * Cada equipamento deve dispor de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos. |
| Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou 01 (um) conjunto para interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara) para cada 02 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva. |
| Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, suporte para cilindro de oxigênio, kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências. | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva pediátricos | 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos. |
| Materiais para drenagem torácica em sistema | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma |

| | |
|---|---|
| fechado pediátrico | bandeja para cada procedimento |
| Materiais para traqueostomia | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Foco cirúrgico portátil | 01 (um) por unidade. |
| Materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC) | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Material para flebotomia | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para monitorização de pressão venosa central | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos |
| Materiais para punção pericárdica | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto ou fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade |
| Eletrocardiógrafo portátil | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Kit ("carrinho") Material e equipamento para reanimação | 01 (um) para cada 05(dez) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 10 leitos. |
| Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade | 01 (um) por unidade. |
| Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador | 01 (um) por unidade. |
| Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva com manguitos neonatal, lactente, pré-escolar, escolar e adulto, frequência respiratória e temperatura. | 01 (um) para cada leito. |
| Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concentrações de oxigênio | 01 (um) para cada 02 (leitos) |
| Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar | 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração. |
| Materiais para curativos | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 |

| | |
|--|---|
| | (um) por unidade. |
| Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos |
| Materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; |
| kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências Kits: Os kits para atendimento às emergências, ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril. | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; |
| Cilindro transportável de oxigênio | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Relógio e calendário de parede | Mínimo de 01 (um) por unidade. |
| Pontos de gás medicinal por leito: 02 pontos de oxigênio; 01 ponto de ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e 01 ponto de vácuo. | Os 04 (quatro) pontos por leito. |
| Refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura. | 01 (um) por unidade. |

2.2 RECURSOS HUMANOS:

| LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA | |
|---|--------------------------------------|
| Recursos Humanos | Dimensionamento |
| Responsável Técnico Médico com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica | 01 (um) para unidade. |
| Médico plantonista | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em |

| | |
|--|---|
| | cada turno. |
| Médico intensivista rotineiro/diarista | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno. |
| Enfermeiro Coordenador | 01 (um) para unidade. |
| Enfermeiro plantonista (assistencial) | 01 (um) para cada 08 (oito) leitos em cada turno. |
| Técnico de enfermagem | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos e 01 (um) por unidade para apoio assistencial em cada turno. |
| Fisioterapeuta Coordenador | 01 (um) para unidade. |
| Fisioterapeuta assistencial | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno. |
| Auxiliar administrativo | 01 (um) exclusivo para unidade. |
| Serviço de limpeza | 01 (um) para unidade por turno. |
| Farmacêutico clínico | Disponível na unidade hospitalar |
| Nutricionista | Disponível na unidade hospitalar |
| Fonoaudiólogo | 01 (um) para unidade. |
| Odontólogo | Disponível na unidade hospitalar |
| Psicólogo | 01 (um) para unidade. |
| Terapeuta ocupacional | Disponível na unidade hospitalar |
| Assistente social | Disponível na unidade hospitalar |

2.3. RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI pediátrica está inserida, obrigatoriamente:

| |
|-------------------------------------|
| Recursos Assistenciais Obrigatórios |
| Centro Cirúrgico |
| Serviço Radiológico Convencional |

| |
|---|
| Serviço de Ecodopplercardiografia |
| Serviço de Ultrassonografia portátil |
| Hemogasômetro 24 horas |
| Serviço de laboratório Clínico, incluindo microbiologia |

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - os seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Pediátrica está inserida à beira leito:

| |
|---|
| Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar |
| Terapia Nutricional (enteral e parenteral) |
| Assistência clínica / cirúrgica vascular |
| Assistência clínica / cirúrgica cardiovascular |
| Assistência clínica / cirúrgica neurológica |
| Assistência clínica / cirúrgica ortopédica |
| Assistência clínica / cirúrgica urológica |
| Assistência clínica gastroenterológica |
| Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise |
| Assistência clínica hematológica / hemoterápica |
| Assistência clínica oftalmológica |
| Assistência clínica / cirúrgica otorrinolaringológica |
| Assistência clínica de Infectologia |
| Assistência clínica ginecológica |
| Assistência clínica cirúrgica geral |
| Assistência cirúrgica bucomaxilofacial |
| Serviço de laboratório clínico (microbiologia e hemogasometria) |
| Serviço de radiologia móvel, radiologia intervencionista, ressonância nuclear |

| |
|---|
| magnética, tomografia computadorizada |
| Serviço de ultrassonografia portátil |
| Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa |
| Serviço de fibrobroncoscopia |
| Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica (ME) |
| Serviço de anatomia patológica |

3 UTI NEONATAL

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 930 DE 2012, no qual são definidos os requisitos mínimos para o funcionamento de leitos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, segue a parametrização recomendada:

3.1 RECURSOS MATERIAIS:

| Materiais e Equipamentos | Dimensionamento |
|--|---|
| Kit ("Carrinho") Material e equipamento para reanimação | 01(um) para cada 05(cinco) leitos |
| Monitor Multiparâmetro | 01 (um) para cada leito |
| Ventilador Pulmonar Mecânico | 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos; |
| Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria | 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; |
| Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") | 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para |

| | |
|--|--|
| | cada 3 (três) leitos; |
| Conjunto de nebulização, em máscara | 1 (um) para cada leito |
| Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório | 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos; |
| Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga) | 01 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; |
| Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade | 01 (um) por UTIN |
| Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva | ** |
| Oftalmoscópio e otoscópio | No mínimo 02 (dois) |
| Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil | 01 (um) por UTIN |
| Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar | 01 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração; |
| Estadiômetro ou fita métrica | 01 (Um) por unidade |
| Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo | 01 (um) para cada leito |
| Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva | 1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva. |
| Bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção | Conforme necessidade da unidade Mínimo de 01 (uma) bandeja para cada procedimento. |

| | |
|--|---|
| pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral. | |
| Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: | 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; |
| Incubadora com parede dupla | 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; |
| Balança eletrônica portátil | 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos |
| Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências | 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; |
| Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante | 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração; |
| Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: | 1 (um) por UTIN; |
| Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado | Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unida |

3.2 RECURSOS HUMANOS:

| Recursos Humanos | Dimensionamento |
|--|-----------------------|
| Médico Responsável Técnico com certificado de Habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério | 01 (um) para Unidade. |

| | |
|---|---|
| da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação. | |
| Médico plantonista | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração. |
| Médico com jornada horizontal | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração. |
| Enfermeiro coordenador com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal. | 01 (um) por Unidade |
| Enfermeiro assistencial | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta assistencial | 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal | 01 (um) por Unidade |
| Fonoaudiólogo | 01 (um) disponível por Unidade |
| Serviço de Limpeza | 01 (um) funcionário exclusivo para cada turno |

3.3 RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI Neonatal está inserida:

| |
|--|
| Recursos Assistenciais Obrigatórios |
| Centro Cirúrgico |
| Serviço Radiológico Convencional |
| Serviço de Ecodopplercardiografia |

| |
|--|
| Serviço de Ultrassonografia portátil |
| Hemogasômetro 24 horas |
| Banco de Leite Humano ou unidade de coleta |

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Neonatal está inserida à beira leito:

| Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar |
|--|
| Assistência nutricional |
| Terapia nutricional (enteral e parenteral) |
| Assistência farmacêutica |
| Assistência clínica vascular e cardiovascular |
| Assistência clínica neurológica |
| Assistência clínica ortopédica |
| Assistência clínica urológica |
| Assistência clínica gastroenterológica |
| Assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva |
| Assistência clínica hematológica |
| Assistência clínica hemoterápica |
| Assistência clínica oftalmológica |
| Assistência clínica otorrinolaringológica |
| Assistência clínica de infectologia |
| Assistência clínica cirúrgica pediátrica |
| Assistência psicológica |
| Assistência endocrinológica |

| |
|--|
| Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria |
| Serviço de radiografia móvel |
| Serviço de ultrassonografia portátil |
| Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa |
| Serviço de fibrobroncoscopia |
| Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica |
| Serviço de eletroencefalografia |
| Serviço de assistência social |
| Cirurgia cardiovascular |
| Cirurgia vascular |
| Cirurgia neurológica |
| Cirurgia ortopédica |
| Cirurgia urológica |
| Ressonância magnética |
| Tomografia computadorizada |
| Anatomia patológica |
| Agência transfusional 24 horas |
| Assistência clínica de genética |

REQUISITOS MÍNIMOS DA CONTRATAÇÃO – AMBIENTAÇÃO (RDC Nº 50)

| LEITOS DE UTI - TIPO II |
|--|
| A Unidade de Terapia Intensiva deve estar instalada em local exclusivo e de acesso restrito. |
| Deve haver, no acesso à unidade, condições adequadas de higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento da água; dispensador com sabão líquido; suporte com papel toalha; lixeira com saco plástico. |

| |
|---|
| <p>Para cada cinco (5) leitos, deverá dispor das condições adequadas para higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento da água, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha e lixeira com saco plástico.</p> |
| <p>Na área coletiva da UTI, a distância entre leito e parede deverá ser de 1 (um) metro (exceto cabeceira); de 2 metros entre leitos, e pé do leito de 1,2 metros , sendo o espaço mínimo individual é de 9 (nove) m² por leito.</p> |
| <p>Deverá existir um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração.</p> |
| <p>Dispor de sala de utilidades, depósito de material de limpeza (DML), depósito de equipamentos e materiais</p> |
| <p>Possuir fonte alternativa de energia elétrica em condições adequadas para suprir as áreas críticas, em caso de interrupção do fornecimento pela rede pública.</p> |
| <p>Cada leito deverá possuir oito (8) tomadas para equipamentos biomédicos, além de acesso à tomada para aparelho de raios x móvel, com distância máxima de 5 (cinco) metros de cada leito.</p> |
| <p>Haver mecanismos de controle integrado de pragas e vetores (ralos escamoteáveis e programa de desinsetização, desratização e descupinização periódica).</p> |
| <p>Todos os leitos devem ser visualizados do posto de enfermagem ou haver equipamentos para monitoração central.</p> |

ANEXO III

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Eixo da Assistência

1. Promover a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
2. Implantar o atendimento humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
3. Garantir assistência igualitária e equitativa, sem discriminação de qualquer natureza;
4. Não utilizar, nem permitir que outros utilizem o paciente para fins de experimentação;
5. Atender os pacientes da SES/DF com elevado padrão de eficiência e estrita observância do Código de Ética dos profissionais envolvidos na assistência;
6. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes, bem como o arquivo médico;
7. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes e idosos, de acordo com as legislações específicas, salvo motivo de força maior;
8. Na impossibilidade de acompanhante, permitir a visita estendida garantindo maior humanização no atendimento, conforme Manual de visitas presencial às Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF. (https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/MANUAL_DE_VISITAS_PRESENCIAIS_AS_UTI_NA_SES__22.docx__1_.pdf/31ec4e4e-145e-818c-e5f0-c4108add7a23?t=1676653093811).
9. Manter atualizadas diariamente as informações sobre os pacientes aos familiares por meio de boletins presenciais (visita) e/ou virtual;
10. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário e/ou responsável legal a assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
11. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com normativas específicas;
12. O prontuário deverá estar sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. O manuseio e o conhecimento dos prontuários será permitido apenas por pessoas obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade (incluindo auditores da SES/DF). Serão permitidas cópias do prontuário ao paciente ou seu representante legal, bem como para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente.
13. Colaborar com as autoridades sanitárias, de acordo com o Código de Ética e das normas vigentes na instituição.
14. Cumprir as normas estabelecidas pela legislação vigente que rege as boas práticas nas unidades de terapia intensiva.

15. Justificar, por escrito, ao paciente ou seu representante, bem como a esta SES/DF, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;

Eixo da Gestão

16. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pela contratação, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à Contratante;
17. Deve selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho, em conformidade com a legislação vigente;
18. Executar os serviços conforme especificações definidas, com a alocação dos profissionais necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais;
19. Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal capacitado para execução do objeto deste ajuste, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a SES/DF;
20. Responsabilizar-se por todos os custos inerentes aos seus serviços incluindo vale alimentação, transporte, dentre outros elementos necessários para fiel cumprimento do objeto que se propõe;
21. Responsabilizar-se por quaisquer acidentes ou mal súbito que venham a serem vítimas os seus empregados quando em serviço, ou em conexão com ele, por tudo quanto às leis trabalhistas e previdenciárias lhe assegurem e demais exigências legais, SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, para o exercício de suas atividades nas dependências dos Hospitais onde prestarão seus serviços;
22. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços;
23. Responsabilizar-se pelo fornecimento de todos os equipamentos de segurança do trabalho aos seus funcionários no exercício de suas funções, atendendo integralmente a Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho;
24. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à SES/DF, devendo ressarcir imediatamente a Administração em sua integralidade, ficando a Contratante autorizada a descontar dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos;
25. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela Contratante ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do serviço;
26. Deverá colocar seu Responsável Técnico, Preposto ou Representante da contratada à disposição da CONTRATANTE para quaisquer informações, consultorias ou suporte técnico necessários;

27. Cumprir ou elaborar em conjunto com o órgão ou entidade contratante o planejamento e a programação do trabalho a ser realizado, bem como a definição do cronograma de execução das tarefas;
28. Deverá notificar todos os casos de eventos adversos à contratada;
29. Justificar ao órgão ou entidade contratante eventuais motivos de força maior que impeçam a realização do serviço ou o fornecimento do bem, objeto do contrato, e apresentar novo cronograma para a assinatura de eventual termo aditivo para alteração do prazo de execução;
30. Deverá prover os meios necessários para o monitoramento e prevenção dos riscos de natureza química, física e biológica inerentes aos procedimentos correspondentes a cada tipo de tratamento realizado;
31. Notificar a SES/DF da eventual alteração do seu endereço, sua razão social ou de controle acionário e de mudança em sua diretoria ou responsável técnico, contrato social ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 60 (sessenta dias) contado a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão na Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
32. Facilitar os trabalhos de acompanhamento e fiscalização exercidos pela SES/DF e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores desta, designados para tal fim;
33. Cumprir os prazos e condições definidos no contrato;
34. Realizar todos os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS, seja para a realização do procedimento ou para qualquer medicamento ou insumo necessário à realização dos mesmos;
35. Quando solicitados, colocar à disposição da Contratante as informações técnicas sobre equipamentos, técnicas e ambiente de trabalho onde serão executados os serviços contratados;
36. É de responsabilidade do serviço contratualizado fornecer os serviços em suas dependências e instalações por meio de seu corpo técnico, vetando a subcontratualização ou terceirização do objeto do Contrato;
37. Executar os serviços de acordo com as especificações exigidas, utilizando equipamentos e materiais apropriados, cumprindo, dentro dos prazos estabelecidos todas as obrigações assumidas, obedecendo rigorosamente às normas técnicas;
38. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato;
39. Assumir a responsabilidade pela qualidade e quaisquer outros danos que poderão advir do uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME utilizados;
40. Comunicar à SES/DF qualquer anormalidade que interfira no bom andamento dos serviços;
41. Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
42. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços;
43. Quando solicitados, colocar à disposição da Contratante as informações técnicas sobre equipamentos, laudos, arquivos médicos, técnicas e ambiente de trabalho onde serão executados os serviços contratados;

44. Cumprir com o disposto na Lei nº 6.112, de 02/02/2018, alterada pela Lei nº 6.176 de 16/07/2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Distrito Federal;
45. Cumprir com o disposto na Lei nº 6.679 de 24/09/2020 que dispõe sobre a exigência de garantia de equidade salarial entre homens e mulheres nas empresas que contratam com o Poder Público do Distrito Federal;
46. Cumprir o disposto no Decreto nº 39.736, de 28/03/2019, que dispõe sobre a Política de Governança Pública e Compliance no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal;
47. Cumprir o disposto na Portaria nº 356, de 29/07/2019, da Controladoria Geral do Distrito Federal.
48. Deverá fornecer à SES DF as Tabelas de Referência de Preços (CBHPM, BRASÍNDICE, SIMPRO, AMB92, SBH 1995) atualizadas semestralmente.
49. Processar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), no Sistema Informação Hospitalar (SIH) no mês da competência de apresentação, considerando o mês de alta dos pacientes atendidos nos estabelecimentos contratados pela SES DF. Por exemplo: AIH com altas em janeiro/2022 devem ser apresentadas, em sua totalidade, na produção hospitalar, por meio do sistema SISAIH, dentro da mesma competência de processamento (janeiro/2022).
50. A contratada deverá manter atualizado o cadastro do estabelecimento de saúde no SCNES/MS (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Entende-se por CNES atualizado os registros de todas as alterações relativas a profissionais, equipamentos, leitos, serviços do estabelecimento contratado, e os terceiros (prestadores de serviços assistenciais) da credenciada.
51. A contratada deverá proceder com os ajustes necessários no cadastro do SCNES/MS para aprovação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).
52. A contratada deverá enviar mensalmente, conforme cronograma estabelecido, via Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS) a produção realizada para a área competente desta SES/DF (GEPI/DICS/CCONS/SUPLANS) ou o setor que absorva esse serviço), para processamento e envio ao Ministério da Saúde.

ANEXO IV**LISTA DE MEDICAMENTOS USUAIS PADRONIZADOS NA SES/DF (REME)**

| | | |
|-------|---|-----|
| 90870 | ACICLOVIR (SÓDICO) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 250 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 90060 | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 100 MG | CP |
| 90533 | ACIDO TRANEXAMICO SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML | AMP |
| 4980 | ADENOSINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90580 | AGUA PARA INJETAVEIS AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90581 | AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 1000 ML | UN |
| 90954 | AGUA PARA INJETAVEIS FRASCO OU BOLSA 500 ML | UM |
| 90088 | ALBENDAZOL SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML FRASCO 10 ML | FR |
| 90621 | ALBUMINA HUMANA SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 % FRASCO AMPOLA OU BOLSA 50 ML | FA |
| 90976 | ALFENTANILA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5 MG/ML AMPOLA 5 ML | AMP |
| 90210 | ALOPURINOL COMPRIMIDO 100 MG | CP |
| 90279 | ALPROSTADIL PÓ LIOFILIZADO OU SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MCG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA | UN |
| 31939 | AMICACINA (SULFATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 250 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90890 | AMICACINA (SULFATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90152 | AMINOFILINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 24 MG/ML AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90301 | AMIODARONA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML AMPOLA 3 ML | AMP |
| 90100 | AMITRIPTILINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 25 MG | CP |
| 90702 | AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO P/ SUSP ORAL 50 MG/ML | FR |

| | | |
|--------|---|-----|
| | + 12,5 MG/ML FRASCO 75 OU 100 ML | |
| 90896 | AMOXICILINA PO PARA SUSPENSAO ORAL 250 MG/5ML FRASCO 150 ML COM DOSEADOR | FR |
| 90881 | AMPICILINA (SÓDICA) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90302 | AMPICILINA + SULBACTAM PO PARA SOLUCAO INJETAVEL (2000 MG + 1000 MG)/FRASCO-AMPOLA | FA |
| 202410 | ANFOTERICINA B (COMPLEXO LIPÍDICO) SUSPENSÃO INJETÁVEL 100MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90367 | ANFOTERICINA B (LIPOSSOMAL) PÓ LIOFILIZADO INJETÁVEL 50 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90922 | ANFOTERICINA B PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 21685 | ANIDULAFUNGINA PO LIOFILO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 18458 | ANLODIPINO (BESILATO) COMPRIMIDO 5 MG | CP |
| 90188 | ATENOLOL COMPRIMIDO 50 MG | CP |
| 90220 | ATRACURIO (BESILATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG/ML AMPOLA 2,5 ML | AMP |
| 90259 | AZITROMICINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 25471 | BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY NASAL 50 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES | FR |
| 90092 | BECLOMETASONA (DIPROPIONATO) SPRAY ORAL 250MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES | FR |
| 90874 | BENZILPENICILINA BENZATINA PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL 600.000 UI FRASCO AMPOLA | FA |
| 33609 | BENZILPENICILINA BENZATINA SUSPENSÃO INJETÁVEL 1.200.000 UI FRASCO AMPOLA | FA |
| 90876 | BENZILPENICILINA POTÁSSICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA COM CAPACIDADE PARA 10 ML DE DILUENTE | FA |

| | | |
|-------|---|-----|
| 90094 | BETAMETASONA (ACETATO + FOSFATO) SUSPENSÃO INJETÁVEL (3 MG + 3 MG)/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90640 | BETAMETASONA (VALERATO) CREME 0,1 % BISNAGA 30 G | BS |
| 90550 | BICARBONATO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90551 | BICARBONATO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4 % (1 MEQ/ML) FRASCO 250 ML | FR |
| 90500 | BISACODIL DRÁGEA 5 MG | DG |
| 90255 | BROMOPRIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 2ML | AMP |
| 604 | BUDESONIDA AEROSSOL NASAL 32MCG/DOSE FRASCO 120 DOSES COM VÁLVULA DOSIFICADORA | FR |
| 90421 | CAPTOPRIL COMPRIMIDO 50 MG | CP |
| 36828 | CAFÉINA (CITRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML | Aa |
| 5744 | CARVEDILOL COMPRIMIDO 12,5 MG | CP |
| 19399 | CARVEDILOL COMPRIMIDO 3,125 MG | CP |
| 90885 | CEFALEXINA SUSPENSÃO OU PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 50 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR | FR |
| 90925 | CEFAZOLINA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 G FRASCO AMPOLA | FA |
| 90315 | CEFEPIMA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO-AMPOLA | FA |
| 36518 | CEFOTAXIMA (SÓDICA) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1000 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90888 | CEFTAZIDIMA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 G FRASCO AMPOLA | FA |
| 90889 | CEFTRIAXONA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1G FRASCO AMPOLA (VIA DE ADMINISTRAÇÃO IV OU IV E IM) | FA |
| 90526 | CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) SOLUÇÃO INJETÁVEL 1000 MCG AMPOLA 1 ML A 2 ML | AMP |

| | | |
|-------|---|-----|
| 90902 | CIPROFLOXACINO (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 500 MG | CP |
| 10276 | CIPROFLOXACINO SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 90032 | CISATRACÚRIO (BESILATO) SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA 5 ML | AMP |
| 90104 | CLINDAMICINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 150 MG/ML AMPOLA 4 ML | AMP |
| 8829 | CLONAZEPAM SOLUÇÃO ORAL 2,5 MG/ML FRASCO 20 ML | FR |
| 18929 | CLONIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 150 MCG AMPOLA DE 1 ML | AMP |
| 90351 | CLOPIDOGREL COMPRIMIDO 75 MG | CP |
| 90552 | CLORETO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 10 % (1,34 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90540 | CLORETO DE POTÁSSIO SOLUÇÃO ORAL 60 MG/ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR | FR |
| 10267 | CLORETO DE SÓDIO 0,9 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC | UN |
| 10233 | CLORETO DE SÓDIO 0,9 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 1000 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 10268 | CLORETO DE SÓDIO 0,9 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC | UN |
| 10269 | CLORETO DE SÓDIO 0,9 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC | UN |
| 37167 | CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% (9 MG/ML) AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90555 | CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 % (3,4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90529 | COMPLEXO B DRÁGUA, CÁPSULA OU COMPRIMIDO CONTENDO, NO MÍNIMO, AS SEGUINTE VITAMINAS E SUAS DOSES MÍNIMAS: B1, 1,2MG; B2, 1,3MG; B3, 16MG; B6, 1,3MG. DEVERÁ CONTER EXCLUSIVAMENTE VITAMINAS DO COMPLEXO B | DG |

| | | |
|-------|--|-----|
| 90530 | COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML | AMP |
| 8462 | COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL INJETÁVEL 500 UI A 600 UI FRASCO-AMPOLA | FA |
| 23032 | DAPTOMICINA PO LIOFILO INJETAVEL 500 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 11163 | DESMOPRESSINA SOLUÇÃO INJETAVEL 4MCG/ML AMPOLA 1ML | AMP |
| 2198 | DESMOPRESSINA SPRAY NASAL 0,1MG/ML FRASCO 2,5ML | FR |
| 90105 | DEXAMETASONA (ACETATO) CREME 0,1 % BISNAGA 10 G | BS |
| 90355 | DEXAMETASONA COMPRIMIDO 4 MG | CP |
| 33711 | DEXAMETASONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 4 MG/ML 2,5 ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA | UN |
| 90141 | DEXCLORFENIRAMINA SOLUÇÃO ORAL EDULCORADA OU XAROPE 2 MG / 5 ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR | FR |
| 20626 | DEXMEDETOMIDINA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MCG/ML FRASCO-AMPOLA 2ML | FA |
| 21623 | DEXPANTENOL POMADA 50MG/G BISNAGA 30G | BS |
| 33729 | DEXTROCETAMINA (ESCETAMINA) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 2ML | FA |
| 90074 | DIAZEPAM SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 37828 | DIFENIDRAMINA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML (EXCLUSIVO ONCOLOGIA) | AMP |
| 90251 | DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25 MG | CP |
| 90159 | DILTIAZEM (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 60 MG | CP |
| 90167 | DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA (CLORIDRATO) + GLICOSE + FRUTOSE SOLUÇÃO INJETÁVEL 30 MG + 50 MG + 1000 MG + 1000 MG AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90063 | DIPIRONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG/ML 2 ML | AMP |

| | | |
|-------|---|-----|
| 90062 | DIPIRONA SOLUÇÃO ORAL 500MG / ML FRASCO 10 ML | FR |
| 90260 | DOBUTAMINA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 12,5 MG/ML AMPOLA 20 ML | AMP |
| 90254 | DOMPERIDONA SUSPENSÃO ORAL 1 MG/ML FRASCO 100 ML | FR |
| 90261 | DOPAMINA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90948 | DOXICICLINA DRÁGEA OU COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG | UN |
| 90153 | EFEDRINA (SULFATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90423 | ENALAPRIL COMPRIMIDO 20 MG | CP |
| 90422 | ENALAPRIL COMPRIMIDO 5 MG | CP |
| 90424 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML | UN |
| 35694 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG SERINGA PREENCHIDA 1 ML (EXCLUSIVO CARDIOLOGIA) | UN |
| 90428 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 20 MG SERINGA PREENCHIDA 0,2 ML | UN |
| 90427 | ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML | UN |
| 90426 | ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML | UM |
| 90425 | ENOXAPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML | UN |
| 90154 | EPINEFRINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 24309 | ERITROMICINA (ESTOLATO) SUSPENSÃO ORAL 50 MG/ML FRASCO COM NO MÍNIMO 60ML COM DOSEADOR | FR |
| 90263 | ERTAPENEM PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 1 G FRASCO AMPOLA | FA |
| 90391 | ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 100 MG | CP |

| | | |
|-------|--|-----|
| 90390 | ESPIRONOLACTONA COMPRIMIDO 25 MG | CP |
| 90075 | FENITOÍNA COMPRIMIDO 100 MG | CP |
| 90076 | FENITOÍNA SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 5 ML | AMP |
| 90077 | FENOBARBITAL COMPRIMIDO 100 MG | CP |
| 34750 | FENOBARBITAL SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG AMPOLA (VIA DE ADMINISTRAÇÃO IV OU IV E IM) | AMP |
| 90078 | FENOBARBITAL SOLUÇÃO ORAL GOTAS 40 MG/ML FRASCO 20 ML | FR |
| 90155 | FENOTEROL (BROMIDRATO) SOLUÇÃO 0,5 % FRASCO 20 ML | FR |
| 19212 | FENTANILA ADESIVO TRANSDÉRMICO 100 MCG/HORA | UN |
| 13824 | FENTANILA ADESIVO TRANSDÉRMICO 25 MCG/HORA | UN |
| 19211 | FENTANILA ADESIVO TRANSDÉRMICO 50 MCG/HORA | UN |
| 90011 | FENTANILA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,05 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90959 | FENTANILA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,05 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 10 ML | FA |
| 19772 | FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA 10 MG/ML AMPOLA (COM INDICAÇÃO EXPRESSA PARA USO EM NEONATOS) | AMP |
| 90528 | FITOMENADIONA (VITAMINA K) SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAMUSCULAR 10 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 10275 | FLUCONAZOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 90863 | FLUMAZENIL SOLUÇÃO INJETAVEL 0,5 MG/ 5ML AMPOLA 5 ML | AMP |
| 13810 | FORMOTEROL (FUMARATO) + BUDESONIDA PO INALANTE (12MCG +400MCG)/DOSE FRASCO COM 60 DOSES COM INALADOR | FR |
| 31580 | FORMOTEROL (FUMARATO) PO INALANTE 12 MCG/DOSE CÁPSULA + INALADOR | CS |
| 90556 | FOSFATO DE POTASSIO SOLUCAO INJETAVEL 2 MEQ/ML AMPOLA 10 ML | AMP |

| | | |
|-------|--|-----|
| 23476 | FOSFATO TRICÁLCICO SOLUÇÃO ORAL 12,9% | FR |
| 90380 | FUROSEMIDA COMPRIMIDO 40 MG | CP |
| 90381 | FUROSEMIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 5312 | GABAPENTINA CÁPSULA 300MG | CS |
| 4822 | GABAPENTINA CÁPSULA 400MG | CS |
| 90162 | GANCICLOVIR (SODICO) INJETÁVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA OU BOLSA (EXCLUSIVO HRT) | FA |
| 37343 | GENTAMICINA (SULFATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML | AMP |
| 90894 | GENTAMICINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90491 | GLIBENCLAMIDA COMPRIMIDO 5 MG | CP |
| 90504 | GLICERINA (GLICEROL) SOLUÇÃO RETAL/ENEMA 120 MG/ML (12 %) FRASCO OU BOLSA 500 ML COM SONDA OU APLICADOR | FR |
| 90564 | GLICONATO DE CÁLCIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 MG/ML AMPOLA 10 ML | AMP |
| 10245 | GLICOSE 10 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 10249 | GLICOSE 10 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 10270 | GLICOSE 5 % + CLORETO DE SÓDIO 0,9 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 10251 | GLICOSE 5 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 10271 | GLICOSE 5 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC | UN |
| 10272 | GLICOSE 5 % SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO EMBALAGEM PRIMÁRIA ISENTA DE PVC | UN |
| 90562 | GLICOSE SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 % AMPOLA 10ML | AMP |

| | | |
|-------|--|-----|
| 90561 | GLICOSE SOLUÇÃO INJETÁVEL 25% AMPOLA 10ML | AMP |
| 90008 | HALOPERIDOL (DECANOATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90123 | HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1 MG | CP |
| 90124 | HALOPERIDOL COMPRIMIDO 5 MG | CP |
| 90126 | HALOPERIDOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90125 | HALOPERIDOL SOLUÇÃO ORAL GOTAS 2 MG/ML FRASCO 20 ML | FR |
| 32443 | HEPARINA SÓDICA NÃO-FRACIONADA SUÍNA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML | FA |
| 90611 | HEPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 5000 UI/0,25 ML AMPOLA 0,25 ML | AMP |
| 90610 | HEPARINA SÓDICA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5000 UI/ML FRASCO AMPOLA 5 ML | FA |
| 90411 | HIDRALAZINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 20 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 19847 | HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDO 25 MG | CP |
| 90650 | HIDROCORTISONA (ACETATO) CREME 1 % BISNAGA 15 G A 20 G | BS |
| 90645 | HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 90644 | HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 90918 | IMIPENEM + CILASTATINA SÓDICA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG + 500 MG FRASCO-AMPOLA | CJ |
| 90741 | IMUNOGLOBULINA ANTI-RHD (ANTI-D) SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 250 MCG A 300 MCG FRASCO -AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA | UN |
| 32929 | IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETÁVEL 5G A 6G FRASCO AMPOLA | FA |
| 90313 | INDAPAMIDA COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA 1,5 MG | CP |
| 90496 | INSULINA HUMANA NPH SUSPENSÃO INJETÁVEL 100 UI/ML FRASCO- | FA |

| | | |
|-------|---|----|
| | AMPOLA 10 ML | |
| 90497 | INSULINA HUMANA REGULAR SOLUÇÃO OU SUSPENSÃO INJETÁVEL 100 UI/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML | FA |
| 90095 | IPRATRÓPIO (BROMETO) SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,25 MG/ML FRASCO 20 ML | FR |
| 90320 | ISOSSORBIDA (DINITRATO) COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG | CP |
| 7534 | ISOSSORBIDA (MONONITRATO) COMPRIMIDO 40MG | CP |
| 4524 | ITRACONAZOL CÁPSULA 100 MG | CS |
| 90185 | IVERMECTINA COMPRIMIDO 6 MG | CP |
| 37399 | LACTULOSE LÍQUIDO ORAL 667 MG/ML FRASCO 120 ML OU 200 ML. UNIDADE DE ESTOQUE/LICITAÇÃO: ML. | ML |
| 10277 | LEVOFLOXACINO SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG/100 ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 90182 | LEVOTIROXINA SÓDICA COMPRIMIDO 100 MCG | CP |
| 90307 | LEVOTIROXINA SÓDICA COMPRIMIDO 25 MCG | CP |
| 90183 | LEVOTIROXINA SÓDICA COMPRIMIDO 50 MCG | CP |
| 90028 | LIDOCAÍNA (CLORIDRATO) GELEIA 2 % BISNAGA 30 G | BS |
| 90027 | LIDOCAÍNA SOLUÇÃO TÓPICA SPRAY 100MG/ML FRASCO 50 ML | FR |
| 31576 | LINEZOLIDA COMPRIMIDO REVESTIDO 600 MG | CP |
| 90265 | LINEZOLIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 600 MG/300 ML BOLSA OU FRASCO | UN |
| 90284 | LORATADINA XAROPE 1 MG/ML FRASCO 100 ML | FR |
| 8944 | LOSARTANA POTÁSSICA COMPRIMIDO REVESTIDO 50 MG | CP |
| 10265 | MANITOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG/ML BOLSA OU FRASCO 250 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 21605 | MEROPENEM PÓ INJETÁVEL 1 G | UN |

| | | |
|-------|---|-----|
| 654 | METADONA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 10 MG | CP |
| 35916 | METARAMINOL (HEMITARTARATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML AMPOLA 1ML | AMP |
| 90226 | METFORMINA (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 850 MG | CP |
| 90295 | METILDOPA COMPRIMIDO REVESTIDO 250 MG | CP |
| 90646 | METILPREDNISOLONA (ACETATO) SUSPENSÃO INJETÁVEL 40 MG/ML FRASCO-AMPOLA 2 ML | FA |
| 21044 | METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 125 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90647 | METILPREDNISOLONA (SUCCINATO) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 37122 | METIONINA | GR |
| 90482 | METOCLOPRAMIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 21408 | METOPROLOL (SUCCINATO) COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 50 MG | CP |
| 3286 | METOPROLOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 MG/ML SERINGA PRONTO USO OU AMPOLA 5 ML | UN |
| 90779 | METOTREXATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 90909 | METRONIDAZOL (BENZOIL) SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO DE 80ML A 120 ML COM DOSEADOR | FR |
| 10278 | METRONIDAZOL SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML BOLSA OU FRASCO 100 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 25071 | MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 25070 | MICAFUNGINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 50 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90112 | MIDAZOLAM COMPRIMIDO 15 MG | CP |
| 90039 | MIDAZOLAM SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 10 ML | AMP |

| | | |
|-------|--|-----|
| 90111 | MIDAZOLAM SOLUÇÃO INJETÁVEL 15 MG AMPOLA 3 ML | AMP |
| 3243 | MIDAZOLAM SOLUÇÃO ORAL 2 MG/ML FRASCO 10 ML | FR |
| 23495 | MILRINONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1MG/ML AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90192 | MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 1MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90043 | MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML AMPOLA 1ML | AMP |
| 33732 | MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,1 MG/ML AMPOLA 1 ML (INVÓLUCRO EXTERNO ESTÉRIL) | AMP |
| 90196 | MORFINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,2MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90316 | MOXIFLOXACINO SOLUÇÃO INJETÁVEL 400 MG/250ML BOLSA OU FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 90861 | NALOXONA (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,4 MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 90924 | NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000 UI/ML FRASCO 50 ML COM DOSEADOR | FR |
| 90199 | NITROGLICERINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 5 ML | AMP |
| 90413 | NITROPRUSSIATO DE SÓDIO PÓ LIOFILIZADO OU SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA | UN |
| 90262 | NOREPINEFRINA (HEMITARTARATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 MG/ML (EQUIVALENTE A 1MG/ML DE NOREPINEFRINA BASE) AMPOLA 4 ML | AMP |
| 90713 | NORFLOXACINA COMPRIMIDO 400 MG | CP |
| 90203 | OMEPRAZOL PÓ INJETÁVEL 40 MG FRASCO AMPOLA + DILUENTE (AMPOLA 10 ML) | FA |
| 90950 | ONDANSETRONA COMPRIMIDO 8 MG | CP |
| 90949 | ONDANSETRONA SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 MG/ML AMPOLA 4 ML | AMP |
| 90883 | OXACILINA (SÓDICA) PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 90221 | PANCURÔNIO (BROMETO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |

| | | |
|-------|--|-----|
| 90257 | PANTOPRAZOL PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE AMPOLA 10 ML | FA |
| 90258 | PIPERACILINA + TAZOBACTAM PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 4,0 G + 500 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 8836 | POLIMIXINA B INJETÁVEL 500000 UI FRASCO AMPOLA | FA |
| 90522 | POLIVITAMÍNICO COM ACETATO DE TOCOFEROL SOLUÇÃO ORAL GOTAS | FR |
| 90649 | PREDNISONA COMPRIMIDO 20 MG | CP |
| 90206 | PROPATILNITRATO COMPRIMIDO 10 MG | CP |
| 90207 | PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA 20 ML | AMP |
| 90270 | PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 10 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 50 ML | UN |
| 90271 | PROPOFOL EMULSAO INJETAVEL 20 MG/ML FRASCO-AMPOLA 50 ML | FA |
| 90291 | PROPRANOLOL (CLORIDRATO) COMPRIMIDO 40 MG | CP |
| 90458 | ROCURÔNIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 MG/ML FRASCO-AMPOLA 5 ML | FA |
| 90541 | SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL FÓRMULA PRECONIZADA PELA OMS/UNICEF PO P/PREPARO DE 1 LITRO DE SOLUÇÃO ENVELOPE | EN |
| 90158 | SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 1 ML | AMP |
| 24504 | SALBUTAMOL (SULFATO) SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 5 MG/ML FRASCO 10 ML | FR |
| 5289 | SALBUTAMOL (SULFATO) SPRAY OU AEROSSOL PARA INALAÇÃO ORAL 100 MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES COM INALADOR | FR |
| 21673 | SILDENAFILA (CITRATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 20 MG | CP |
| 31716 | SIMETICONA EMULSÃO OU SOLUÇÃO OU SUSPENSÃO ORAL GOTAS 75 MG/ML FRASCO 10ML A 15ML | FR |
| 695 | SINVASTATINA COMPRIMIDO 40 MG | CP |
| 10264 | SOLUCAO DE RINGER (CLORETOS DE NA, K, CA) SOLUÇÃO INJETÁVEL BOLSA | UN |

| | | |
|-------|---|--------|
| | OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | |
| 10263 | SOLUÇÃO DE RINGER (CLORETOS DE NA, K, CA) + LACTATO (SODIO) SOLUCAO INJETAVEL BOLSA OU FRASCO 500 ML SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO | UN |
| 90911 | SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500 MG | CP |
| 90913 | SULFAMETOXAZOL +TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL (200 +40 MG)/5ML FRASCO 100 ML COM DOSEADOR | FR |
| 34591 | SULFATO DE MAGNÉSIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 10 % AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90080 | SULFATO DE MAGNÉSIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 % (4 MEQ/ML) AMPOLA 10 ML | AMP |
| 90593 | SULFATO FERROSO SOLUÇÃO ORAL 125 MG/ML CORRESPONDENTE A 25 MG/ML DE FERRO ELEMENTAR FRASCO 30 ML | FR |
| 25186 | SURFACTANTE PULMONAR (FRAÇÃO FOSFOLIPÍDICA DE PULMÃO PORCINO) 80 MG/ML | FR/ FA |
| 90230 | SUXAMETÔNIO (CLORETO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 100 MG FRASCO- AMPOLA | FA |
| 90719 | TEICOPLANINA PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 10356 | TIGECICLINA PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 50 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| 90218 | TRAMADOL (CLORIDRATO) SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 2 ML | AMP |
| 90288 | VALPROATO DE SÓDIO COMPRIMIDO (EQUIVALENTE 500 MG ÁCIDO VALPRÓICO) | CP |
| 90070 | VALPROATO DE SÓDIO SOLUÇÃO ORAL OU XAROPE (EQUIVALENTE 250 MG/5 ML ÁCIDO VALPRÓICO) FRASCO 100 ML | FR |
| 90917 | VANCOMICINA PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 500 MG FRASCO-AMPOLA | FA |
| 19575 | VARFARINA SÓDICA COMPRIMIDO 5 MG | CP |
| 17337 | VARFARINA SÓDICA CRISTALINA COMPRIMIDO 2,5MG | CP |
| 33227 | VASOPRESSINA 20U/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA 1 ML | AMP |

| | | |
|----------|---|----|
| 19721 | VORICONAZOL COMPRIMIDO 200 MG | CP |
| 15510 | VORICONAZOL PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 200 MG FRASCO AMPOLA | FA |
| contrato | NUTRIÇÃO PARENTERAL ADULTO | UN |

ANEXO V

NUTRIÇÃO PARENTERAL

Informa-se abaixo as formulações que estão padronizadas na SES-DF e que estão disponíveis nos contratos vigentes:

| ITEM | Código BR | Tipo de bolsa |
|------|-----------|---|
| 1 | 295269 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |
| 2 | 295270 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, sem emulsão lipídica e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |
| 3 | 295269 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 e 9) e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |
| 4 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter outros componentes – anexo IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |

| | | |
|---|--------|---|
| 5 | 295268 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, sem emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter outros componentes – anexo IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |
| 6 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 e 9) e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a 3000 mL. |
| 7 | 295269 | Nutrição parenteral manipulada para uso pediátrico, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas de 500 a 2000 mL. |
| 8 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso pediátrico, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas de 500 a 2000 mL. |
| 9 | 295269 | Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500 mL. |

| | | |
|----|--------|---|
| 10 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500 mL. |
| 11 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 e 9) e podendo conter outros componentes – anexo IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500mL. |
| 12 | 295267 | Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 e 9) e podendo conter outros componentes – anexo IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500mL. |

Fonte: SES/SAIS/CATES/DIASF/GAF AE 119148749

ANEXO VI

ITENS REFERENTES A TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

| TIPO DE FÓRMULA | DESCRITIVO |
|---|---|
| Padrão adulto | FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: fórmula polimérica, sem adição de sacarose, isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo); sem fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Padrão adulto com fibras | FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose, isento de glúten; com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100ml do produto pronto para consumo); com fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros). |
| Padrão adulto com fibras, sistema fechado | FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose, isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100ml do produto pronto para consumo); com fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro). |
| Hipercalórica | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten; com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hipercalórica (densidade energética maior ou igual a 1,5 kcal/ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros). |

| | |
|---------------------------------|--|
| Hipercalórica, sistema fechado | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO), Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hipercalórica (densidade energética maior ou igual a 1,5 kcal/ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro). |
| Hiperprotéico | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose, fibras, arginina e glutamina; isenta de lactose e glúten; com densidade energética a partir de 0,9 kcal por ml e hiperproteica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros). |
| Hiperprotéico, sistema fechado | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO), Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500 mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hipercalórica (densidade energética maior ou igual a 1,2kcal/ml) e hiperprotéica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro). |
| Semi-elementar | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes com síndromes disabsortivas. Características Adicionais: fórmula oligomérica, isento de glúten, sem fibras, sem adição de sacarose, isenta de lactose, de densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal/ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida (mililitros). |
| Semi-elementar, sistema fechado | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes com distúrbios disabsortivos para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: fórmula oligomérica, isento de glúten, sem fibras, sem adição de sacarose, isenta de lactose, de densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal/ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 20% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida. |
| Hepatopatia | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação de uso na SES-DF: indicada para pacientes hepatopatas em risco de encefalopatia hepática. Características Adicionais: hipossódica (quantidade de sódio inferior ou igual a 50mg/100 kcal), de densidade energética superior a 1,2 kcal por ml na diluição padrão e normoproteica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do |

| | |
|------------------------------------|--|
| | valor energético total). Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Imunomoduladora | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES/DF: indicada para pacientes imunossuprimidos. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, adicionada de nutrientes imunomoduladores, tais como: arginina e nucleotídeos, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal por ml, hiperprotéica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total). Forma de apresentação: pó. |
| Doença inflamatória intestinal | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais em fase ativa. Características Adicionais: fórmula polimérica, isento de lactose, isenta de glúten, com ou sem adição de sacarose, com adição de triglicerídeos de cadeia média, com ou sem fibras, densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: pó. |
| Nefropatia, tratamento conservador | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: fórmula para pacientes com função renal comprometida, em tratamento conservador. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, densidade energética superior a 1,2 kcal por ml; quantidade de proteína inferior a 10% do valor energético total; teores menores ou iguais a 100mg de sódio e 150mg de potássio por 100kcal do alimento pronto para o consumo. Forma de apresentação: líquida (mililitros). |
| Nefropatia, tratamento dialítico | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para portadores de doença renal crônica em tratamento dialítico. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, densidade calórica maior ou igual a 1.5 kcal por ml e quantidade de proteína maior ou igual a 15% do valor energético total, isento de glúten, teores menores ou iguais a 100mg de sódio, 125mg de potássio e 60mg de fósforo por 100kcal do alimento pronto para o consumo. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Lesão por pressão | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com lesões por pressão ou para cicatrização de feridas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, acrescido de arginina, alto teor de vitamina A (maior ou igual a 60 mcg RE por 100 kcal), vitamina C (maior ou igual a 4,6 mg por 100 kcal), vitamina E (maior ou igual a 1 mg por 100 kcal), zinco (maior ou igual a 0,7 mg por 100 kcal), cobre (maior ou igual a 90 mcg por 100 kcal) e selênio (maior ou igual a 3,4 mcg por 100 kcal), sem adição de sacarose, sem sabor, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade de proteína maior ou igual a 20% do |

| | |
|---|--|
| | valor energético total. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Padrão infantil 0 a 1 ano | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇA DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS. Aplicação âmbito da SES-DF: indicado para lactentes desde o nascimento, com necessidades calórica e proteica aumentadas. Características adicionais: à base de leite de vaca, densidade calórica maior ou igual a 1 kcal por ml. Sem adição de sacarose e isenta de glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Padrão infantil acima de 1 ano | FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças menores de 10 anos de idade em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: fórmula polimérica, isenta de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), com ou sem adição de sacarose, sem fibras, densidade energética maior que 1 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Padrão infantil acima de 1 ano, sistema fechado | FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES/DF: indicada para crianças menores de 10 anos de idade em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Fórmula polimérica, isenta de glúten, com ou sem adição de açúcar, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), densidade energética maior que 1 kcal por ml e proteína maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida (mililitro). |
| Semi-elementar 1 a 10 anos | FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças menores de 10 anos de idade com síndromes disabsortivas. Características Adicionais: fórmula hidrolisada (à base de peptídeos), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, isenta de glúten, isenta de lactose, densidade energética maior ou igual a 1 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10%% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Cetogênica | FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças com epilepsia refratária a medicamentos e outras condições que requerem terapia nutricional com dieta cetogênica. Características adicionais: proporção de 4 (quatro) gramas de gorduras para 1 (um) grama de carboidratos e proteínas. Isento de glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |

| | |
|---|---|
| Suplemento adulto padrão | FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e/ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, com adição de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética entre 0,9 e 1,5 Kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Suplemento adulto padrão para controle glicêmico | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para suplementação oral de indivíduos diabéticos quando desnutridos e/ou em risco nutricional. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, isento de glúten, sem adição de sacarose, acrescida de fibras solúveis isoladas ou associadas a fibras insolúveis, densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade de carboidratos menor que 50% do valor energético total do produto, com alto teor de gorduras monoinsaturadas - MUFAS (quantidade maior ou igual a 20% do valor energético total do produto), quantidade de proteína maior ou igual a 10% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Suplemento adulto hipercalórico | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, com sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 1,2 e menor ou igual a 1,9 Kcal por ml, quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Suplemento adulto hipercalórico e hiperproteico sem sabor) Código BR: 436348 | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica, com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, isenta de sabor, de densidade energética maior ou igual a 1,2, quantidade de proteínas maior ou igual a 20% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Suplemento para lesão por pressão | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de pacientes com lesões por pressão ou epidermólise bolhosa congênita. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, acrescido de arginina, alto teor de vitamina A (maior ou igual a 60 mcg RE por 100 kcal), vitamina C (maior ou igual a 4,6 mg por 100 kcal), vitamina E (maior ou igual a 1 mg por 100 kcal), zinco (maior ou igual a 0,7 mg por 100 kcal), cobre (maior ou igual a 90 mcg por 100 kcal) e selênio (maior ou igual a 3,4 mcg por 100 kcal), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade de proteína maior ou igual a 20% do valor energético total, com sabor. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |

| | |
|---|---|
| Suplemento adulto hipercalórico e hiperprotéico | FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e proteicas aumentadas. Características Adicionais: adicionado ou não de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 1,5 por ml e quantidade de proteína maior ou igual a 20% do valor energético total. Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Suplemento infantil hipercalórico | FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de crianças menores de 10 anos de idade desnutridas ou com necessidades calóricas e/ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, isento de glúten, com ou sem fibras, com adição de sacarose, densidade energética maior ou igual a 1,2 kcal por ml e quantidade de proteínas necessárias para atender a faixa etária a qual o produto se destina . Forma de apresentação: líquido (mililitro). |
| Módulo espessante à base amido de milho | ESPESSANTE PARA ALIMENTOS À BASE DE AMIDO DE MILHO MODIFICADO. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças menores de 36 meses com disfagia. Características adicionais: espessante alimentar instantâneo à base de amido de milho modificado. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo espessante à base de gomas | ESPESSANTE PARA ALIMENTOS À BASE DE GOMA(S). Aplicação no âmbito da SES: indicado para pacientes maiores de 36 meses com disfagia. Características adicionais: espessante alimentar instantâneo à base de goma(s), sem adição de outro ingrediente para espessar. Produto final inodoro, insípido, homogêneo. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de lipídeo à base de TCM | MÓDULO DE LIPÍDIOS À BASE DE TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas aumentadas provenientes de lipídeos de fácil absorção. Características Adicionais: acrescido de ácidos graxos essenciais e antioxidantes. Forma de apresentação: líquido (mililitros). |
| Módulo de lipídeo à base de TCM SEM AGE | MÓDULO DE LIPÍDIOS À BASE DE TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas aumentadas provenientes de lipídeos de fácil absorção. Características Adicionais: acrescido de antioxidantes e SEM de ácidos graxos essenciais e . Forma de apresentação: líquido (mililitros). |
| Módulo de proteínas | MÓDULO DE PROTEÍNAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades protéicas elevadas. Características adicionais: composta por proteína intacta de origem animal e/ou vegetal, que atenda a quantidade de aminoácidos essenciais por grama de proteína conforme valores mínimos estabelecidos à proteína de referência. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de carboidratos | MÓDULO DE CARBOIDRATO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL À BASE DE MALTODEXTRINA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas elevadas. Características Adicionais: módulo exclusivo de |

| | | |
|--|--|--|
| | | maltodextrina, isento de sabor. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de fibras solúveis e insolúveis | | MÓDULO DE FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para regularização do trânsito gastrointestinal. Características Adicionais: composta por fibras solúveis e insolúveis. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de fibras solúveis | | MÓDULO DE FIBRAS SOLÚVEIS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL . Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para regularização do trânsito gastrointestinal e/ ou controle glicêmico. Características Adicionais: deverá conter pelo menos um tipo destas fibras (isoladas ou associadas entre si): fruto-oligossacarídeos (FOS) e/ ou inulina e/ ou polidextrose e/ ou pectina. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de glutamina | | MÓDULO DE GLUTAMINA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para manutenção da integridade da mucosa intestinal. Características Adicionais: módulo exclusivo de glutamina. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Módulo de probióticos | | SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ DE PROBIÓTICOS. Aplicação no âmbito da SES: para melhora do funcionamento do trato gastrointestinal. Características Adicionais: suplementos à base de probióticos, com 4 a 6 cepas probióticas. Forma de Apresentação: pó (sachê). |
| Prematuro | | FÓRMULA INFANTIL PARA RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE ALTO RISCO. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para recém-nascidos pré-termo (com menos de 37 semanas de idade gestacional), ou de alto risco que nasce prematuro de muito baixo peso (com menos de 34 semanas de idade gestacional) ou de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 gramas), ou aquele que nasce com ou logo após o nascimento e apresenta doença que necessita de tratamento intensivo. Características Adicionais: à base de leite de vaca, isenta de sacarose e glúten, acrescida de LC-PUFAS. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula láctea até 6 meses | | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento até o sexto mês de vida. Características Adicionais: à base de leite de vaca com outros ingredientes comprovadamente adequados para alimentação de lactentes até o sexto mês de vida, contendo DHA e/ou ARA, sem indicações dietoterápicas específicas. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula láctea após 6 meses | | FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação: indicada para lactentes maiores de 6 meses. Características Adicionais: à base de leite de vaca com outros ingredientes comprovadamente adequados para alimentação de lactentes a partir do sexto mês de vida, contendo DHA e/ou ARA, sem indicações dietoterápicas específicas. Forma de apresentação: pó (gramas). |

| | |
|---|---|
| Fórmula de soja após 6 meses | FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE SOJA. Aplicação: indicada para lactentes maiores de 6 meses de idade, com intolerância/alergia ao leite de vaca ou erros inatos do metabolismo. Características Adicionais: fonte protéica proveniente da soja, sem adição de sacarose e isento glúten. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula para constipação de 0 a 6 meses | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes de 0 a 6 meses que necessitem de fibras prebióticas para um melhor funcionamento intestinal. Características Adicionais: isenta de sacarose e glúten, acrescida de prebióticos (frutooligossacarídeos -FOS e galactooligossacarídeos - GOS). Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula para constipação acima de 6 meses | FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes maiores de 6 meses de idade que necessitem de fibras prebióticas para um melhor funcionamento intestinal. Características Adicionais: isenta de sacarose e glúten, acrescida de prebióticos (frutooligossacarídeos -FOS e galactooligossacarídeos - GOS). Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Anti-regurgitação | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes de 0 a 12 meses, para reduzir episódios de regurgitação. Características Adicionais: com amido pré-gelatinizado ou gomas, isenta de sacarose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Semi-elementar com lactose | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia alimentar ao leite de vaca e/ou leite de soja e que não apresentem sintomatologia gastrointestinal. Características Adicionais: à base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, sem adição de sacarose e frutose, isenta de glúten, com ou sem adição de prebióticos e com lactose. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Semi-elementar sem lactose | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia alimentar ao leite de vaca e/ou leite de soja. Características Adicionais: à base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, sem adição de sacarose e frutose, isenta de glúten, com ou sem adição de prebióticos e isenta de lactose. Forma de apresentação: pó (gramas). |

| | |
|--|--|
| Elementar | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia ao leite de vaca e/ou leite de soja. Características Adicionais: fórmula à base de aminoácidos livres, sem adição de sacarose, isento de lactose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula de nutrientes para neonatos | FÓRMULA DE NUTRIENTES PARA RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO. Aplicação: indicada à suplementação nutricional de recém-nascidos de alto risco. Características Adicionais: composta de maltodextrina, gorduras, proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada, vitaminas e minerais, isenta de sacarose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fórmula láctea sem lactose | FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes de 0 a 12 meses, com intolerância à lactose. Características: à base de leite de vaca, isenta de sacarose, lactose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas). |
| Fenilcetonúria de 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: para lactentes de 0 a 1 ano de idade portadores de fenilcetonúria, Características Adicionais: isento de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, carboidratos, vitaminas, minerais e oligoelementos. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Fenilcetonúria acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: para crianças de 1 a 8 anos de idade portadoras de fenilcetonúria, Características Adicionais: isento de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, carboidratos, vitaminas, minerais e oligoelementos. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Fenilcetonúria adolescentes e adultos | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças a partir de 8 anos de idade, adolescentes e adultos portadores de fenilcetonúria, Características Adicionais: isenta de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, vitaminas, minerais e oligoelementos, Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Acidemia metilmalônica ou propriônica 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade portadoras de acidemias orgânicas (metilmalônica ou propriônica). Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina, treonina, valina e com baixo teor de isoleucina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Acidemia metilmalônica ou propriônica acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade portadoras de acidemias orgânicas (metilmalônica ou propriônica), Características Adicionais: Mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina, treonina, valina e com baixo teor de isoleucina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |

| | |
|--|--|
| Tirosinemia 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de tirosinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de fenilalanina e tirosina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Tirosinemia acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de tirosinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de fenilalanina e tirosina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Leucinose 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade portadoras de Leucinose (Doença do Xarope de Bordo na urina). Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina, isoleucina e valina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Leucinose acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças a partir de 1 ano de idade, portadoras de Leucinose (Doença do Xarope de Bordo na urina), Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina, isoleucina e valina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Homocistinúria 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade portadoras de homocistinúria. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Homocistinúria acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças acima de 1 ano de idade portadoras de homocistinúria. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Distúrbio do ciclo da ureia 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de distúrbios do ciclo da uréia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Distúrbio do ciclo da ureia acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de distúrbios do ciclo da uréia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Hiperleucinemia 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS . Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de hiperleucinemia. Características adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Hiperleucinemia acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de hiperleucinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Acidúria Glutárica 0 a 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de acidúria glutárica. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de lisina e baixo teor de triptofano. Forma de Apresentação: pó (gramas). |
| Acidúria Glutárica acima de 1 ano | ALIMENTO PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE PROTEÍNAS. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de acidúria glutárica. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de lisina e baixo teor de triptofano. Forma de Apresentação: pó (gramas). |

Fonte: SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT 117256132

Em relação aos equipamentos e frascos utilizados para infusão das dietas enterais, seguem os descritivos:

| PRODUTO | DESCRIPTIVO |
|--|---|
| Equipo para Nutrição Enteral Tipo Gravitacional, sistema aberto | Equipo para nutrição enteral do tipo gravitacional. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás translúcido, de comprimento mínimo de 120cm. Características: Estéril, apirogênico, flexível, atóxico, com ponta perfurante que facilite a introdução em recipiente de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com filtro de ar, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento com suavidade, com terminal distal do tipo escalonado que permita perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica. |
| Equipo para Nutrição Enteral Tipo Gravitacional, sistema fechado | Equipo para nutrição enteral do tipo gravitacional, dupla-via, para administração de água e nutrição enteral em sistema fechado. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás, translúcido, de comprimento mínimo de 120cm. Características: Estéril, apirogênico, flexível, atóxico, com uma ponta compatível com a dieta em sistema fechado e outra ponta que possibilite a conexão no recipiente de água, sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com regulador de fluxo tipo rolete que garanta perfeito controle de gotejamento com suavidade, com terminal distal do tipo escalonado que permita perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica. |

| | |
|---|---|
| <p>Equipo para Bomba de Infusão, sistema aberto</p> | <p>Equipo para administração de dieta por via enteral, compatível com as bombas de infusão utilizadas na SES-DF e de acordo com legislação vigente. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás translúcido. Características: estéril, apirogênico, flexível, atóxico, com ponta perfurante que facilite a introdução em recipiente de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com filtro de ar, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com terminal distal do tipo escalonado que permita perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica.</p> |
| <p>Equipo para Bomba de Infusão, sistema fechado</p> | <p>Equipo para administração de dieta por via enteral em sistema fechado, compatível com as bombas de infusão utilizadas na SES-DF, sistema fechado e legislação vigente. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás, translúcido. Características: estéril, apirogênico, flexível, atóxico, com ponta perfurante que facilite a introdução em recipiente de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com filtro de ar, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com terminal distal do tipo escalonado que permita perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica.</p> |
| <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 100 ml</p> | <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, incolor. Tamanho/Capacidade de 100 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permitir vazamentos, com lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.</p> |
| <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 300 ml</p> | <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, incolor. Tamanho/Capacidade de 300 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permitir vazamentos, com lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.</p> |
| <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 500 ml</p> | <p>Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, incolor. Tamanho/Capacidade de 500 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permitir vazamentos, com lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.</p> |

Fonte: SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT 117256132

ANEXO VII**LISTA DE EXAMES COMPLEMENTARES PADRONIZADOS NA SES/DF**

| PATOLOGIA CLÍNICA | | |
|--------------------------|----------------------|--|
| BIOQUÍMICA | | |
| Tabela AMB92 | Código SIGTAP | EXAME |
| 28130316 | - | DETERMINAÇÃO DE MICROPROTEÍNA EM URINA E LÍQUIDOS BIOLÓGICOS |
| | 02.02.01.053-8 | LACTATO |
| | 02.02.01.002-3 | CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO TOTAL NO SORO, PLASMA E SANGUE TOTAL. |
| | 02.02.01.063-5 | SÓDIO EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA |
| | 02.02.01.060-0 | POTÁSSIO E CLORETOS EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA |
| | 02.02.01.055-4 | LIPASE. |
| | 02.02.05.009-2 | MICROALBUMINÚRIA. |
| | 02.02.01.039-2 | FERRO SÉRICO TOTAL. |
| | 02.02.01.043-0 | FÓSFORO |
| | 02.02.01.046-5 | GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE. |
| | 02.02.01.061-9 | PROTEÍNAS TOTAIS |

| | | |
|--|----------------|-----------------------------|
| | 02.02.05.009-2 | ALBUMINA |
| | 02.02.01.062-7 | PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| | 02.02.01.047-3 | GLICOSE ENZIMÁTICA |
| | 02.02.01.069-4 | URÉIA ENZIMÁTICA |
| | 02.02.01.064-3 | TGO CINÉTICO |
| | 02.02.01.065-1 | TGP CINÉTICO |
| | 02.02.01.018-0 | AMILASE CINÉTICO |
| | 02.02.01.031-7 | CREATININA |
| | 02.02.01.032-5 | CK |
| | 02.02.01.033-3 | CK MB |
| | 02.02.01.036-8 | LDH |
| | 02.02.01.020-1 | BILIRRUBINA TOTAL |
| | 02.02.01.020-1 | BILIRRUBINA DIRETA |
| | 02.02.01.020-1 | BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| | 02.02.01.021-0 | CÁLCIO |
| | 02.02.01.056-2 | MAGNÉSIO |
| | 02.02.01.042-2 | FOSFATASE ALCALINA |

| | | |
|----------------------|----------------|--------------------------------------|
| | 02.02.01.012-0 | ÁCIDO ÚRICO |
| | 02.02.01.029-5 | COLESTEROL TOTAL |
| | 02.02.01.027-9 | COLESTEROL HDL |
| | 02.02.01.028-7 | COLESTEROL LDL |
| | 02.02.01.028-7 | COLESTEROL VLDL |
| | 02.02.01.067-8 | TRIGLICERÍDEOS |
| | 02.02.01.029-5 | LIPIDOGRAMA |
| | 02.02.03.008-3 | PCR |
| | 02.02.01.050-3 | HEMOGLOBINA GLICADA |
| | 02.02.02.035-5 | ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA VARIANTES |
| | 02.02.01.072-4 | ELETOFORESE DE PROTEÍNAS |
| 28010060 | | ÁCIDO FÓLICO |
| - | - | HOMOCISTEÍNA SÉRICA |
| | 02.02.01.070-8 | VITAMINA B12 SÉRICA |
| HORMÔNIOS/IMUNOLOGIA | | |
| | 02.02.03.062-8 | TIREOGLOBULINA |
| | 02.02.03.010-5 | PSA LIVRE |

| | | |
|----------|----------------|---|
| | 02.02.03.062-8 | ANTICORPO ANTITIREOGLOBULINA, ANTI-Tg |
| | 02.02.01.076-7 | VITAMINA D (25-HIDROXI VITAMINA D) |
| | 02.02.01.038-4 | FERRITINA |
| 28050223 | | SULFATO DEHIDROANPIANDROSTERONA (S-DEA) |
| | 02.02.06.027-6 | PARATORMONIO |
| | | ANTICORPOS ANTIPEROXIDASE TIREOIDIANA, ANTI-TPO |
| 31120490 | | CA 19.9 |
| | 02.02.06.025-0 | TSH |
| | 02.02.06.023-3 | FSH |
| | 02.02.06.024-1 | LH |
| | 02.02.06.016-0 | ESTRADIOL |
| | 02.02.06.029-2 | PROGESTERONA |
| | 02.02.06.030-6 | PROLACTINA |
| | 02.02.06.034-9 | TESTOSTERONA |
| | 02.02.06.013-6 | CORTISOL |
| | 02.02.06.021-7 | BETA-HCG |
| | 02.02.03.010-5 | PSA |

| | | |
|----------|----------------|---------------------|
| | 02.02.03.096-2 | CEA |
| | 02.02.03.009-1 | ALFA-FETO PROTEINA |
| 31120490 | | CA 15.3 |
| | 02.02.03.121-7 | CA 125 |
| | 02.02.06.026-8 | INSULINA |
| | 02.02.06.038-1 | T4 LIVRE |
| | 02.02.03.076-8 | TOXOPLASMOSE IGG |
| | 02.02.03.087-3 | TOXOPLASMOSE IGM |
| | 02.02.03.074-1 | CITOMEGALOVIRUS IGG |
| | 02.02.03.085-7 | CITOMEGALOVIRUS IGM |
| | 02.02.03.016-4 | IGE TOTAL |
| | 02.02.03.047-4 | ASLO, AEO, ASO |
| | 02.02.03.007-5 | FATOR REUMATOIDE |
| | 02.02.03.012-1 | C3 |
| | 02.02.03.013-0 | C4 |
| | 02.02.03.015-6 | IGA |
| | 02.02.03.016-4 | IGE |

| | | |
|----------------------|----------------|---|
| | 02.02.03.025-3 | IGG |
| | 02.02.03.018-0 | IGM |
| | 02.02.01.016-3 | ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDO |
| | 02.02.06.022-5 | GH |
| | 02.02.06.032-2 | SOMATOMEDINA C (IGF-1) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. JO-1) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. SCL-70) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SM) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSA) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSB) |
| 28060059 | | REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTI-ENA (ANTI-RNP) |
| | | CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ANA (FAN) |
| 28060040 | | CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-DNA |
| MARCADORES CARDÍACOS | | |

| | | |
|----------------------|----------------|--|
| | 02.02.03.120-9 | TROPONINA |
| | 02.02.01.033-3 | CKMB MASSA |
| | | MIOGLOBINA |
| | | PRO BNP |
| | | PROCALCITONINA |
| MICROBIOLOGIA | | |
|] | 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA |
| | 02.02.08.008-0 | CULTURA EM GERAL |
| | 02.02.08.008-0 | UROCULTURA |
| | 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA |
| | | PESQUISA PARA ESTREPTOCOCOS GRUPO B (S. AGALACTIAE) |
| | | PESQUISA VRE |
| | | PESQUISA MRSA |
| | | PESQUISA BACILOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES AOS CARBAPENÊMICOS (KPC) |
| | 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA (BAAR) TB |
| | 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA (BAAR) HANSENÍASE |

| | | |
|--------------------------------------|----------------|-----------------------------|
| | 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) |
| HEMATOLOGIA | | |
| | 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO |
| | 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS |
| | 02.02.02.014-2 | TAP |
| | 02.02.02.013-4 | TTPA |
| | | D DÍMERO |
| | 02.02.02.029-0 | FIBRINOGENIO |
| | 02.02.02.015-0 | VHS |
| PARASITOLOGIA | | |
| | 02.02.04.012-7 | EPF |
| | 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO |
| URINÁLISE | | |
| | 02.02.05.001-7 | EAS |
| TESTES RÁPIDOS/EXAMES MANUAIS | | |
| | 02.14.01.012-0 | TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM |

| | | |
|----------------------------|----------------|--|
| | 02.14.01.012-0 | TESTE RÁPIDO DENGUE NS1 |
| | | TESTE RÁPIDO ANTÍGENO COVID-19 |
| | 02.14.01.006-6 | TESTE DE GRAVIDEZ |
| | | TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS (TREPONÊMICO) |
| | 02.02.03.111-0 | VDRL (NÃO TREPONÊMICO) |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | |
| | 02.03.01.008-6 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO |
| | 02.03.01.003-5 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL) |
| | 02.03.01.004-3 | EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA |
| | 02.03.02.002-2 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA |
| | 02.03.02.008-1 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA |
| | 02.03.02.007-3 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA |
| | 02.03.02.006-5 | EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA |

| | | |
|-----------------------------------|----------------|---|
| | 02.03.02.003-0 | Exame anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama) |
| | 02.02.10.004-9 | Quantificação/amplificação do her-2 |
| | 02.03.02.001-4 | Determinação de receptores tumorais hormonais |
| | 02.03.02.004-9 | Imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador) |
| RADIOLOGIA | | |
| ULTRASSONOGRAFIA E DOPPLER | | |
| | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR |
| | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ANTEBRACO |
| | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DAS AXILAS (BILATERAL) |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA BACIA |
| | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DO BRAÇO |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DO CALCANEIO |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA CERVICA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DO COTOVELO |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DA COXA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DO DEDO |
| | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS PAROTIDAS |
| | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS SUBMANDIBULARES |
| | 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOCO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DO JOELHO |
| | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DA MAO |
| | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DA PANTURRILHA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DA PAREDE ABDOMINAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DO PE |
| | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA PENIANA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA |
| | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DO PESCOCO |
| | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL |
| | 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DO PUNHO |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DO QUADRIL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO GLUTEA |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO INGUINAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO LOMBAR |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO PUBIANA |
| | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA RENAL |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DO TENDAO DE AQUILES |
| | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE |
| | 02.05.02.013-5 | ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) |
| | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA |
| | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS |
| | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO |
| | 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO |
| | 02.05.02.001-1 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS RENAI |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA AORTA ABDOMINAL |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS, VERTEBRAIS E JUGULARES |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA BOLSA ESCROTAL |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE REGIÃO CERVICAL |

| | | |
|----------------------------|----------------|---|
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA PELVE |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DOS TESTICULOS |
| | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA TIREOIDE |
| RAIO X CONVENCIONAL | | |
| | 02.04.01.003-9 | RADIOGRAFIA BIPERFIL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) |
| | 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) |
| | 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BIPERFIL |
| | 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM |
| | 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) |
| | 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.01.009-8 | RADIOGRAFIA DE LARINGE |
| | 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BIPERFIL) |
| | 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+ OBLIQUA) |
| | 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN +FN + PERFIL) |
| | 02.04.01.013-6 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) |
| | 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFIL + HIRTZ) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (AP + PERFIL + TOWNE) |
| | 02.04.01.016-0 | RADIOGRAFIA OCLUSAL |
| | 02.04.01.017-9 | RADIOGRAFIA PANORAMICA (MANDIBULA) |
| | 02.04.01.018-7 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING) |
| | 02.04.01.019-5 | SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA) |
| | 02.04.02.001-8 | MIELOGRAFIA |
| | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL) |
| | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (TO) |
| | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + OBLIQUAS) |
| | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + TO + OBLIQUAS) |
| | 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + TO / FLEXAO) |
| | 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA |
| | 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + PERFIL) |
| | 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + PERFIL + OBLÍQUAS) |
| | 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA |
| | 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR |
| | 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + PERFIL) |
| | 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA |
| | 02.04.03.001-3 | BRONCOGRAFIA UNIPERFIL |
| | 02.04.02.013-1 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE |
| | 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + PERFIL + OBLIQUA) |
| | 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + PERFIL) |
| | 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX ESQUERDO) |
| | 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX DIREITO) |
| | 02.04.03.008-0 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO/ESOFAGOGRAMA |
| | 02.04.03.009-9 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO (PERFIL/OBLÍQUAS) |
| | 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) |
| | 02.04.03.013-7 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + PERFIL) |
| | 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERFIL + OBLIQUA) |
| | 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL E ÁPICO LORDÓTICA) |
| | 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) |
| | 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (AP) |
| | 02.04.03.010-2 | RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.03.011-0 | RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO |
| | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP + PERFIL + OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP + PERFIL + OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO |
| | 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR -DIREITO |
| | 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDA |
| | 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITA |
| | 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITA |
| | 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDA |
| | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUERDO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA – DIREITA (ZANCA) |
| | 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - DIREITA - (AP) |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (ZANCA) |
| | 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (AP) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AXIAL) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AXIAL) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (COYLE) |
| | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (COYLE) |
| | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (PA + PERFIL) |
| | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (PA + PERFIL) |
| | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA + OBLIQUA + PERFIL) |
| | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA + OBLIQUA + PERFIL) |
| | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA E OBLIQUA) |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA E OBLIQUA) |
| | 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. + PERFIL AXILAR + PERFIL ESCAPULAR) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. + ROT. INERNA + ROT. EXTERNA) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERDADEIRO) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. + PERFIL AXILAR + PERFIL ESCAPULAR) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. + ROT. INERNA + ROT. EXTERNA) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERDADEIRO) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - DIREITO (AP VERDADEIRO) |
| | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - ESQUERDO (AP VERDADEIRO) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA + PERFIL + OBLIQUAS) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA + PERFIL + OBLIQUAS) |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA + PERFIL) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA + PERFIL) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (TANGENCIAL) |
| | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (TANGENCIAL) |
| | 02.04.05.001-4 | CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE |
| | 02.04.05.002-2 | COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA |
| | 02.04.05.003-0 | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA |
| | 02.04.05.006-5 | FISTULOGRAFIA |
| | 02.04.05.006-5 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA |
| | 02.04.05.007-3 | PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA |
| | 02.04.05.008-1 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE |
| | 02.04.05.009-0 | PLANIGRAFIA DE RIM COM CONTRASTE |
| | 02.04.05.010-3 | PLANIGRAFIA DE RIM SEM CONTRASTE |
| | 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+PERFIL) |
| | 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) |
| | 02.04.05.014-6 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO |
| | 02.04.05.015-4 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) |
| | 02.04.05.016-2 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE |
| | 02.04.05.017-0 | URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL |
| | 02.04.05.018-9 | UROGRAFIA EXCRETORA |
| | 02.04.06.001-0 | ARTROGRAFIA |
| | 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (ESQUERDA) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (DIREITA) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (ALAR E OBTURATRIZ) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (ALAR E OBTURATRIZ) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (PERFIL DE LEQUESNE) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (PERFIL DE LEQUESNE) |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (DUCROQUET) |
| | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (DUCROQUET) |
| | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP LAWENSTEIN / RÃ) |
| | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP INLET E OUTLET) |
| | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP) |
| | 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSÃO) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSÃO) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO BILATERAL COM CARGA (COMPARATIVO) |
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN) |
| | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - DIREITO (PERFIL + AXIAL) |
| | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - ESQUERDO (PERFIL + AXIAL) |
| | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - ESQUERDO (OBLÍQUA) |
| | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - DIREITO (OBLÍQUA) |
| | 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHOS - BILATERAL (AP COM CARGA) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHOS - (AP COM CARGA MONOPODÁLICO) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (TÚNEL) |
| | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (TÚNEL) |
| | 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE PATELA DIREITO (AP + PERFIL + AXIAL) |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE PATELA ESQUERDO (AP + PERFIL + AXIAL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (OBLIQUA) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (OBLIQUA) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO COM CARGA (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO COM CARGA (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AXIAL DE SESAMÓIDE) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AXIAL DE SESAMÓIDE) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (PA + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (PA + PERFIL) |
| | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDA (AP + PERFIL) |
| | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDA (OBLIQUAS) |
| | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITA (AP + PERFIL) |

| | | |
|------------------------------------|----------------|---|
| | 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA BIPERFIL |
| | 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA UNIPERFIL – ESQUERDA |
| | 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA UNIPERFIL – DIREITA |
| | 02.04.03.004-8 | MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA |
| | 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BIPERFIL PARA RASTREAMENTO |
| | 02.04.03.002-1 | DUCTOGRAFIA (POR MAMA) |
| | 02.04.01.001-2 | DACRIOCISTOGRAFIA |
| TOMOGRAFIA/ ANGIOTOMOGRAFIA | | |
| | 02.06.03.001-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR |
| | 02.06.03.001-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA ABDOMINAL E DOS SEUS RAMOS |
| | 02.06.02.003-1 | ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA TORÁCICA |
| | 02.06.01.005-2 | ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTERIAS CAROTIDAS E VERTEBRAIS |
| | 02.06.02.003-1 | ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONARIAS |
| | 02.06.03.001-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS RENAIIS |
| | 02.06.01.007-9 | ANGIOTOMOGRAFIA DO CRANIO |
| | 02.06.02.002-3 | ANGIOTOMOGRAFIA DOS MEMBROS INFERIORES |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.06.02.002-3 | ANGIOTOMOGRAFIA DOS MEMBROS SUPERIORES |
| | 02.06.03.003-7 | ANGIOTOMOGRAFIA DA PELVE |
| | 02.06.01.005-2 | ANGIOTOMOGRAFIA DO PESCOCO |
| | 02.06.02.003-1 | ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR |
| | 02.06.03.001-0 | ANGIOTOMOGRAFIA DO SISTEMA PORTA (VASOS HEPÁTICOS) |
| | 02.06.02.003-1 | ANGIOTOMOGRAFIA DO TORAX |
| | 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CAVUM |
| | 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL |
| | 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA |
| | 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA |
| | 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA SACROCOCCIGEA |
| | 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO |
| | 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARINGE |
| | 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA LARINGE |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS FOSSAS NASAIS |
| | 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA |
| | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.06.01.009-5 | TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) |
| | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ESCAPULA/REGIAO ESCAPULAR |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO BRACO |
| | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ANTEBRACO |
| | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MAO |
| | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUIRODACTILO/DEDO DA MAO |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PAREDE TORACICA |
| | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES ESTERNOCLAVICULARES |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ESTERNO |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CLAVICULA |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARCOS COSTAIS/COSTELAS |
| | 02.06.02.004-0 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO GLUTEA |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO PUBIANA/SINFISE PUBICA |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME INFERIOR |
| | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES SACROILIACAS |
| | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL/ARTICULACAO COXOFEMORAL |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA |
| | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA |
| | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO/RETROPE/CALCANEIO |
| | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PE |
| | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PODODACTILO/DEDO DO PE |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE |

| | | |
|------------------------------|----------------|---|
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ÓRBITAS |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MANDIBULA |
| | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MASTOIDE/OUVIDO |
| | 02.06.01.008-7 | TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA |
| | 02.06.01.004-4 | DACRIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA |
| | 02.06.01.004-4 | SIALOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA |
| | 02.06.02.002-3 | ARTROTOMOGRAFIA POR SEGMENTO |
| | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTERIAS CORONARIAS |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOME SUPERIOR |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA TORACICA |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA PULMONAR |
| | 02.07.01.001-3 | ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX |
| | 02.07.01.001-3 | ARTRO RESSONANCIA MAGNETICA |
| | 02.07.03.004-9 | COLANGIORESSONANCIA MAGNETICA |
| | 02.07.03.004-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES |
| | 02.07.03.001-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRACO |
| | 02.07.01.002-1 | RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE AXILA |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA PELVE/ABDOME INFERIOR |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DA BASE DO CRANIO |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTAL |

| | | |
|--|----------------|--|
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DO CALCANEO |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DO CANAL RETAL |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DA CLAVICULA |
| | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DO PESCOCO |
| | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL |
| | 02.07.01.005-6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA |
| | 02.07.01.005-6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL |
| | 02.07.01.004-8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBOSSACRA |
| | 02.07.02.001-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO/AORTA C/ CINE |
| | 02.07.02.001-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO |
| | 02.07.02.001-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA TORACICA |
| | 02.07.02.001-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL |
| | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COSTELAS |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULACAO COXOFEMURAL |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DO QUADRIL |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA CRANIO |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE DEDO DA MAO/QUIRODACTILO |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE DEDO DO PE/PODODACTILO |
| | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DA ESCAPULA |
| | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DO ESTERNO |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DA FACE |
| | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE FARINGE |
| | 02.07.03.001-4 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA FETAL (ABDOME SUPERIOR E PELVE) |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DAS FOSSAS NASAIS |
| | 02.07.01.007-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA |
| | 02.07.01.007-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DA HIPOFISE |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO |
| | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE LARINGE |
| | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA MAMARIA UNI/BILATERAL |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DA MANDIBULA |

| | | |
|--|----------------|---|
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DA MAO |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DA MASTOIDES |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DA MAXILA |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DO OMBRO |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DOS OSSOS TEMPORAIS |
| | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DO OUVIDO |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DO PE |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA PENIANA |
| | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DA PERNA |
| | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DO PESCOCO |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL |
| | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA |
| | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DO PUNHO |

| | | |
|--|----------------|--------------------------------|
| | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX |
|--|----------------|--------------------------------|

ANEXO VIII

EXAMES PADRONIZADOS NA SES/DF DISPONIBILIZADOS PELO LACEN

| TABELA AMB 92 | CÓDIGO SIGTAP | EXAME |
|--------------------------|----------------------|---|
| | | ASPERGILOSE, SOROLOGIA PARA GALACTOMANANA |
| | | BRUCELOSE POR HEMOAGLUTINAÇÃO |
| | | CEPA, CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS |
| | | CHIKUNGUNYA – PCR |
| | | CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA (IgG) |
| | 021401013-9 | CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA (IgM) |
| | | CITOMEGALOVÍRUS – PCR (CARGA VIRAL) |
| | | CRIPTOCOCCUS, TESTE RÁPIDO |
| | | CORONAVIRUS - RT-PCR |
| | 020208011-0 | CULTURA PARA BAAR – TUBERCULOSE |
| | | DENGUE - PCR (PESQUISA DE ARBOVÍRUS) |
| | 021401012-0 | DENGUE – SOROLOGIA (IgM) |
| | 020207005-8 | DOSAGEM SÉRICA DE ÁCIDO VALPRÓICO |
| | 020207015-8 | DOSAGEM SÉRICA DE CARBAMAZEPINA |
| | 020207018-2 | DOSAGEM SÉRICA DE CICLOSPORINA |
| | 020201030-9 | DOSAGEM SÉRICA DE COLINESTERASE PLASMÁTICA |
| | 020207022-0 | DOSAGEM SÉRICA DE FENITOÍNA |
| 28010760 | | DOSAGEM SÉRICA DE FENOBARBITAL |

| | | |
|--|-------------|--|
| | 020207029-8 | DOSAGEM SÉRICA DE METOTREXATO |
| | 020203132-2 | DOSAGEM SÉRICA DE SIROLIMO |
| | 050108005-8 | DOSAGEM SÉRICA DE TACROLIMO |
| | 021301062-3 | FEBRE AMARELA – SOROLOGIA (IgM) |
| | | HANTAVIROSE - SOROLOGIA (IgM E IgG) |
| | 021301054-2 | HCV GENOTIPAGEM |
| | 021301020-8 | HEPATITE B – PCR (CARGA VIRAL) |
| | 020203108-0 | HEPATITE C – PCR (CARGA VIRAL) |
| | | HISTOPLASMOSE, SOROLOGIA |
| | | HIV – CONTAGEM DE CÉLULAS CD3+, CD4+, CD8+ e CD45+ (CITOMETRIA DE FLUXO) |
| | 021301001-1 | HIV – PCR (CARGA VIRAL) |
| | 020203124-1 | HIV, GENOTIPAGEN |
| | | INFLUENZA A - PCR Influenza A e B, H1N1, Vírus Respiratório Sincicial, Metapneumovirus, Adenovírus, Parainfluenza 1,2,3. |
| | | LEISHMANIOSE IFI |
| | 021301002-0 | LEPTOSPIROSE, PESQUISA |
| | | MAYARO – SOROLOGIA (IgM) |
| | | NEUROCISTICERCOSE |
| | 020203070-9 | PARACOCCIDIOIDOMICOSE, SOROLOGIA |
| | 021301056-9 | PARVOVÍRUS - SOROLOGIA (IgG) |
| | 021301060-7 | PARVOVÍRUS - SOROLOGIA (IgM) |
| | 020204013-5 | ROTAVÍRUS – PESQUISA DE ANTÍGENO NAS FEZES |

| | | |
|--|-------------|---------------------------------|
| | 020203081-4 | RUBÉOLA IGG |
| | 020203092-0 | RUBÉOLA IGM |
| | 021301058-5 | SARAMPO - SOROLOGIA (IgG) |
| | 021301061-5 | SARAMPO - SOROLOGIA (IgM) |
| | 020102006-8 | TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B*5701 |
| | | TUBERCULOSE GENEXPERT |
| | | ZIKA VÍRUS – PCR |
| | 021401011-2 | ZIKA VÍRUS IGG E IGM |

ANEXO IX**TABELA DIFERENCIADA DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE
(DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 03 DE MAIO DE 2022)**

| ITEM | CÓDIGO SIGTAP | ASSISTÊNCIA EM APOIO DIAGNÓSTICO |
|-------------|--------------------------|---|
| 1. | 205010032 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA ADULTO |
| 2. | 205010032 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA PEDIÁTRICO |
| 3. | 205010016 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE |
| 4. | 205010016 | ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FÍSICO |
| 5. | 205010016 | ECOCARDIOGRAMA DE STRESS COM DOBUTAMINA E C/ CONTRASTE |
| 6. | 205010024 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA ADULTO OU PEDIÁTRICO |
| 7. | 205010040 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS |
| 8. | 205010059 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (ECOCARDIOGRAFIA FETAL) |
| 9. | 211020044 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) |
| 10. | 206010079 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO |

| | | |
|-----|-----------|---|
| 11. | 206010052 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO |
| 12. | 206010010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE |
| 13. | 206020031 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX |
| 14. | 206020023 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) |
| 15. | 206020015 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR |
| 16. | 206020040 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO |
| 17. | 206030010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR |
| 18. | 206030037 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR |
| 19. | 206010036 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE |
| 21. | 206010028 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE |
| 22. | 206010044 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES |
| 23. | 206030029 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR |
| 24. | 206010060 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA |
| 25. | 206030029 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO |

| | | |
|-----|-----------|---|
| | | INFERIOR |
| 26. | 206010079 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO COM SEDAÇÃO |
| 27. | 206010052 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO COM SEDAÇÃO |
| 28. | 206010010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE COM SEDAÇÃO |
| 29. | 206020031 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO |
| 30. | 206020023 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) COM SEDAÇÃO |
| 31. | 206020015 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR COM SEDAÇÃO |
| 32. | 206020040 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO COM SEDAÇÃO |
| 33. | 206030010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO |
| 34. | 206030037 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR COM SEDAÇÃO |
| 35. | 206010036 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE COM SEDAÇÃO |
| 36. | 206010028 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE COM SEDAÇÃO |
| 37. | 206010044 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES COM SEDAÇÃO |
| 38. | 206030029 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO |

| | | |
|-----|-----------|---|
| | | INFERIOR COM SEDAÇÃO |
| 39. | 206010060 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA COM SEDAÇÃO |
| 40. | 206030029 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR COM SEDAÇÃO |
| 41. | | ANGIOTOMOGRAFIA |
| 42. | - | ANGIOTOMOGRAFIA COM SEDAÇÃO |
| 43. | 207010021 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) |
| 44. | 207010064 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO |
| 45. | 207020027 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) |
| 46. | 207020035 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX |
| 47. | 207020019 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE |
| 48. | 207030030 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) |
| 49. | 207030022 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR |
| 50. | 207030049 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA |
| 51. | 207010056 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA |
| 52. | 207010048 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA |
| 53. | 207010072 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA |
| 54. | 207030014 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR |

| | | |
|-----|-----------|---|
| 55. | 207010021 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) COM SEDAÇÃO |
| 56. | 207010064 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM SEDAÇÃO |
| 57. | 207020027 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) COM SEDAÇÃO |
| 58. | 207020035 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX COM SEDAÇÃO |
| 59. | 207020019 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE COM SEDAÇÃO |
| 60. | 207030030 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM SEDAÇÃO |
| 61. | 207030022 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR COM SEDAÇÃO |
| 62. | 207030049 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA COM SEDAÇÃO |
| 63. | 207010056 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA COM SEDAÇÃO |
| 64. | 207010048 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO |
| 65. | 207010072 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA COM SEDAÇÃO |
| 66. | 207030014 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO |
| 67. | | RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA |
| 68. | | RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA COM SEDAÇÃO |
| 69. | | ANGIORESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA |
| 70. | | ANGIORESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO |

ANEXO X**LISTA DE PROCEDIMENTOS DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES PREVISTOS NA TABELA
DIFERENCIADA DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE
(DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 03 DE MAIO DE 2022)**

| CÓDIGO SIGTAP | PROCEDIMENTOS DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES |
|--------------------------|---|
| 306020017 | AFERESE TERAPEUTICA |
| 407030018 | ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA |
| 407020039 | APENDICECTOMIA |
| 211020010 | CATETERISMO CARDÍACO |
| 211020028 | CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA |
| 407030026 | COLECISTECTOMIA |
| 407030042 | COLECISTOSTOMIA |
| 407030050 | COLEDOCOPLASTIA |
| 407030069 | COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA |
| 407030085 | COLOCACAO DE PROTESE BILIAR |
| 407030093 | DILATACAO PERCUTANEA DE ESTENOSES E ANASTOMOSES BILIARES |
| 407030107 | DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA EXTERNA |
| 407030115 | DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA INTERNA |
| 407040013 | DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO |
| 407040030 | DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL |
| 406020124 | EMBOLECTOMIA ARTERIAL |
| 406040192 | EMBOLOGIAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO) |
| 407030123 | ESPLENECTOMIA |

| | |
|-----------|--|
| 406020167 | FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO |
| 407030131 | HEPATECTOMIA PARCIAL |
| 407030140 | HEPATORRAFIA |
| 407030158 | HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES |
| 407030166 | HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO |
| 407040048 | HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL) |
| 407040056 | HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA) |
| 407040064 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA |
| 407040080 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL |
| 407040099 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) |
| 407040129 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL |
| 406040265 | IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO |
| 407040161 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA |
| 41202003 | MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM |
| 407040196 | PARACENTESE ABDOMINAL |
| 416040195 | QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO |
| 412040115 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA |
| 412040166 | TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA |
| 412040174 | TORACOTOMIA EXPLORADORA |
| 406020590 | TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO |

ANEXO XI

MATERIAIS PADRONIZADOS NA SES/DF

| CÓDIGO SES | CÓDIGO BR | ITENS |
|------------|-----------|---|
| 91180 | 348807 | ABAIXADOR DE LÍNGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA, PACOTE COM 100 UND |
| 3527 | 279373 | ABSORVENTE HIGIÊNICO TAMANHO HOSPITALAR DE ACORDO COM A RDC Nº 142/2017 |
| 3365 | 348002 | ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS +S TRIGLICERÍDEOS (ACELERADOR DE CICATRIZAÇÃO), FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO |
| 91036 | 38218 | AGULHA ANESTÉSICA, APLICAÇÃO PARA RAQUIDIANA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIMENSÃO 25 G X 3 1/2' (90 MM OU 9 CM) |
| 34590 | 389179 | AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 20 G PARA PUNÇÃO LOMBAR DIAGNÓSTICA |
| 34589 | 389190 | AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 22 G PARA PUNÇÃO LOMBAR DIAGNÓSTICA |
| 25262 | 397513 | AGULHA HIPODÉRMICA 13 X 0,45 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. |
| 25260 | 397510 | AGULHA HIPODÉRMICA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL |
| 35559 | 397505 | AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,7MM COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL |
| 25252 | 397502 | AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL |
| 25261 | 397503 | AGULHA HIPODÉRMICA 30 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL. |
| 25289 | 397494 | AGULHA HIPODÉRMICA 40 X 1,2 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DESCARTÁVEL |
| 25259 | 439821 | AGULHA PARA ASPIRAÇÃO DE MEDICAMENTO 1,2 X 25 MM PONTA ROMBA, DESCARTÁVEL. |
| 192583 | 439906 | AGULHA PARA CANETA DE INSULINA 5 x 0,25MM, ESTÉRIL |

| | | |
|-------|--------|---|
| 35136 | 439879 | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 15MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM) |
| 35137 | 439878 | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 19MM (VARIAÇÃO + OU - 2MM) |
| 35138 | 439877 | AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX25MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM) |
| 91060 | 279726 | ALGODÃO HIDRÓFILO BRANCO 20CMX100CM EM ROLO 500G |
| 49243 | 283964 | APARELHO PARA TRICOTOMIA (BARBA), MATERIAL: PLÁSTICO, TIPO USO: DESCARTÁVEL, FORMATO CABO: ANATÔMICO, EMBALAGEM: |
| 91070 | 448246 | ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CMX100CM (COMP. MÍNIMO) |
| 24924 | 444355 | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 10CM X 1,8M |
| 24925 | 444365 | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 15CM X 1,8M |
| 24926 | 444371 | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 20CM X 1,8M |
| 24927 | 444373 | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 25CM X 1,8M |
| 24928 | 444375 | ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 30CM X 1,8M |
| 34084 | 604954 | AVENTAL DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL. APLICAÇÃO: BIOSSEGURANÇA. |
| 10823 | 335478 | AVENTAL DESCARTÁVEL NÃO ESTÉRIL. MATERIAL: CONFECCIONADO 100% EM FALSO TECIDO, GRAMATURA: 30GR/M ² . TAMANHO: ÚNICO, COMPRIMENTO/ALTURA MÍNIMA DE 1,20M. FINALIDADE: BARREIRA PROTETORA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS PROCEDIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE FLUÍDOS E/OU CONTAMINAÇÃO POR CONTATO, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MALEÁVEL, DECOTE RENTE AO PESCOÇO, COM ABERTURA NAS COSTAS, COM TIRAS EXTERNA LATERAIS PARA FECHAMENTO, COM MANGAS COMPRIDAS E PUNHO COM ELÁSTICO, QUE NÃO CAUSE NENHUMA IRRITAÇÃO AO USUÁRIO |
| 35774 | 434401 | AVENTAL/CAPOTE CIRÚRGICO ESTÉRIL, DESCARTÁVEL, TAMANHO 'M' |
| 35938 | 434415 | AVENTAL/CAPOTE CIRÚRGICO ESTÉRIL, TAMANHO G |
| 32455 | 389432 | BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL |

| | | |
|-------|--------|---|
| 35304 | 401120 | BOLSA PARA ESTOMIA ADULTO TRANSPARENTE 1 PEÇA, NÃO ESTÉRIL. |
| 35303 | 401147 | BOLSA PARA ESTOMIA ADULTO OPACA 2 PEÇAS, NÃO ESTÉRIL. |
| 35307 | 401314 | BOLSA PARA UROSTOMIA ADULTO TRANSPARENTE 1 PEÇA |
| 92012 | 450962 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 0 (60 MM), NÃO ESTÉRIL |
| 92013 | 450963 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 1 (70 MM), NÃO ESTÉRIL |
| 92014 | 450964 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 2 (80 MM), NÃO ESTÉRIL |
| 92015 | 450965 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 (90 MM), NÃO ESTÉRIL |
| 92016 | 450966 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 4 (100 MM), NÃO ESTÉRIL |
| 24816 | 450967 | CÂNULA DE GUEDEL Nº 5 (110 MM) |
| 38437 | 477462 | CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO INFANTIL (CNAF) |
| 38438 | 477462 | CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO PEDIÁTRICO (CNAF) |
| 38440 | 477462 | CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO NEONATAL |
| 38439 | 477462 | CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO ADULTO P (CNAF) |
| 92090 | 395915 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 3,0MM |
| 92091 | 255927 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 3,5MM |
| 92092 | 395788 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 4,0MM |
| 92093 | 255099 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 4,5MM |
| 92094 | 255098 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 5MM |
| 92075 | 255100 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 6,0MM |
| 92076 | 255103 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 6,5MM |
| 92077 | 255926 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 7,0MM |
| 92078 | 255102 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 7,5MM |

| | | |
|-------|--------|---|
| 92079 | 255101 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 8,0MM |
| 92080 | 255107 | CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 9,0MM |
| 38065 | | CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO G |
| 38066 | | CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO GG |
| 38064 | | CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO M |
| 38063 | | CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO P |
| 35271 | 362432 | CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE SANGUE CAPILAR DO CALCÂNEO, EM PAPEL DE FILTRO, DE RECÉM NASCIDO PARA EXAMES DA TRIAGEM NEONATAL DE PRIMEIRA AMOSTRA (TESTE DO PEZINHO) |
| 35273 | 362432 | CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE SANGUE CAPILAR DO CALCÂNEO, EM PAPEL DE FILTRO, DE RECÉM NASCIDO PARA EXAMES DA TRIAGEM NEONATAL DE RECONVOCADO (TESTE DO PEZINHO) |
| 34771 | 437360 | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), MONO LÚMEN 1,9 - 2 FR X 20 - 30 CM, NEONATAL, ESTÉRIL |
| 34770 | 437569 | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), MONO LÚMEN 1 FR X 20-30 CM, NEONATAL, ESTÉRIL |
| 25285 | 437314 | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 2.8 - 3 FR X 50 - 65 CM, INFANTIL, ESTERIL |
| 25284 | 437315 | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 3.8 - 4 FR X 50 - 65 CM, INFANTO JUVENIL, ESTÉRIL |
| 38152 | 466861 | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 4.8 - 5 FR X 50 CM OU SUPERIOR, ADULTO, ESTÉRIL |
| 35248 | 437298 | CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN ADULTO 7FR (14G/18G) X APROXIMADAMENTE 20CM |
| 35120 | 437286 | CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 18G |
| 35244 | 437295 | CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO DUPLO LUMEN 5FR (18G/22G) X APROXIMADAMENTE 13CM |
| 35203 | 437289 | CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 20G (3FR) |

| | | |
|-------|--------|--|
| 35202 | 437287 | CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 22G (2FR) |
| 2677 | 423679 | CATETER DE TENCKHOFF PARA DIÁLISE PERITONEAL NEONATAL (SISTEMA FECHADO) |
| 92106 | 421226 | CATETER DE TENCKHOFF PARA DIÁLISE PERITONEAL SISTEMA FECHADO PLASTICO INFANTIL |
| 34552 | 41249 | CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 7 FR 10 CM |
| 92132 | 413241 | CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 8 FR 11 CM |
| 34551 | 421250 | CATETER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 9 FR 12 CM |
| 35389 | 437118 | CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE, USO ADULTO |
| 36248 | 435971 | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO TAMANHO PEDIÁTRICO Nº 08, ESTÉRIL. |
| 36249 | 435975 | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 10, ESTÉRIL. |
| 36250 | 435976 | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 12, ESTÉRIL |
| 36251 | 435972 | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 10, ESTÉRIL. |
| 36252 | 436136 | CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 12, ESTÉRIL. |
| 25240 | 437175 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 14G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25241 | 437176 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 16G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25242 | 437177 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 18G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25243 | 437178 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 20G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25245 | 437180 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 24G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25244 | 437179 | CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 22G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 37602 | 395230 | CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA |
| 37603 | 282205 | CATÉTER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA |

| | | |
|-------|--------|--|
| 37887 | 282235 | CATÉTER NASAL NEONATAL EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA |
| 33632 | 426984 | CATETER PARA TERAPIA RENAL, DIÁLISE PERITONEAL, DURABILIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA, MODELO TENCKHOFF |
| 37870 | 413222 | CATETER TENCKHOFF, ADULTO, CURVO, 42CM, 1 CUFF |
| 37876 | 413222 | CATETER TENCKHOFF, ADULTO, RETO, 37CM, 2 CUFFS |
| 37869 | 426984 | CATETER TENCKHOFF ADULTO, RETO 42 CM, 2CUFFS |
| 37877 | 413222 | CATETER TENCKHOFF, ADULTO, RETO, 47CM, 2 CUFFS |
| 37871 | 426984 | CATETER TENCKHOFF, ADULTO, TIPO SWANECK, 42CM, 2 CUFFS |
| 8955 | 413956 | CATETER TRIPLO LUMEN CURTA DURAÇÃO, ADULTO, PARA HEMODIÁLISE EM PACIENTES GRAVES CALIBRE DE 12 A 14 FR |
| 35249 | 437844 | CATETER UMBILICAL MONO LÚMEN 3,5 A 4 FR, 30 CM, USO NEONATAL |
| 35250 | 437841 | CATETER UMBILICAL MONO LÚMEN 5 A 6 FR USO NEONATAL. 5FR A 6FR X APROXIMADAMENTE 40 CM |
| 38441 | 477463 | CIRCUITO RESPIRATÓRIO PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO ALTO FLUXO ADULTO |
| 38442 | 477464 | CIRCUITO RESPIRATÓRIO PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO ALTO FLUXO PEDIÁTRICO |
| 24393 | | CIRCUITO DE USO ÚNICO PARA CPAP E VENTILAÇÃO MARCA FISHER & PAYKEL - MR 850 |
| 35888 | 447065 | CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL |
| 34516 | 280423 | COLCHÃO CAIXA DE OVO |
| 91090 | 419399 | COLETOR DE URINA ABERTO ADULTO, NÃO ESTÉRIL |
| 91103 | 485174 | COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO), ESTÉRIL |
| 91092 | 419371 | COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO, ESTÉRIL |
| 91091 | 419390 | COLETOR DE URINA ABERTO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL |

| | | |
|-------|--------|--|
| 27780 | 439995 | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 10CM X 15CM ESTÉRIL |
| 27783 | 439996 | COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 15CM X 30CM ESTÉRIL |
| 34670 | 438055 | COMPRESSA CIRURGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 CM |
| 91102 | 269972 | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM 11 FIOS NÃO ESTÉRIL PACOTE COM 500 UND |
| 8421 | 269978 | COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM 13 FIOS ESTERIL ENVELOPE COM 10 UND |
| 35781 | 387142 | CONECTOR PARA AEROSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL |
| 25175 | 284077 | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 24 |
| 25176 | 272774 | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 28 |
| 25178 | 278479 | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 32 |
| 25179 | 284076 | CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 34 |
| 92217 | 454161 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 0, NÃO ESTÉRIL |
| 92210 | 454156 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 1, NÃO ESTÉRIL |
| 92211 | 454157 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 2, NÃO ESTÉRIL |
| 92212 | 454158 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 3, NÃO ESTÉRIL |
| 92213 | 454159 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 4, NÃO ESTÉRIL |
| 92214 | 454160 | CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 5, NÃO ESTÉRIL |
| 91182 | 435418 | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO ADULTO, NÃO ESTÉRIL |
| 724 | 435419 | CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL |
| 91160 | | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, ESTÉRIL |
| 91162 | | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL |
| 25057 | 402564 | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM X 10 CM, ESTÉRIL |

| | | |
|-------|--------|---|
| 25058 | 406612 | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL |
| 5544 | 406620 | CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM, ESTÉRIL |
| 35777 | 253818 | CURATIVO BOTA DE UNNA, NÃO ESTÉRIL |
| 35784 | 406166 | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, SACHÊ, ESTÉRIL |
| 35783 | 406167 | CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL, RECORTÁVEL |
| 91124 | 435525 | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM X 5 CM (+ OU - 1 CM), ESTÉRIL |
| 91120 | 411381 | CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM X 8 CM (+ OU - 1 CM), ESTÉRIL |
| 91137 | 402816 | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM X 10 CM, ESTÉRIL |
| 91139 | 402813 | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM X 20 CM, ESTÉRIL |
| 25066 | 433911 | CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE (CURATIVO DE HIDROGEL), ESTÉRIL |
| 25060 | 430053 | CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL |
| 91207 | 432618 | CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTÉRIL |
| 23075 | 430366 | CURATIVO EM PELÍCULA TRANSPARENTE ADESIVO COM GEL DE CLOREXIDINA 2% |
| 32463 | 406136 | CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA |
| 35782 | 406176 | CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL |
| 91131 | | CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL |
| 34026 | 406674 | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM X 150 CM, ESTÉRIL |
| 35775 | 35775 | CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM, ESTÉRIL |
| 33197 | 455855 | DISPOSITIVO PARA AUXÍLIO DE IRRIGAÇÃO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS |
| 33196 | 428773 | DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇÃO DE DROGAS |

| | | |
|--------|--------|---|
| 58285 | 461243 | ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO |
| 354534 | 385209 | EQUIPO SIMPLES PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, INJETOR LATERAL MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE |
| 35209 | 385697 | EQUIPO MICROGOTAS GRAVITACIONAL, COM BURETA – 150 ML, ESTÉRIL. |
| 91127 | 386128 | EQUIPO FOTOPROTETOR PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, ESTÉRIL |
| 31158 | 386549 | EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET |
| 31157 | 386247 | EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET, PARA SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS |
| 91121 | 385706 | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL |
| 91133 | 390591 | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL |
| 21621 | 401944 | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B BRAUN |
| 91123 | 385706 | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL |
| 6303 | 390591 | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL |
| 21622 | 401944 | EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL |
| 37073 | 402455 | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL. |
| 37651 | 385706 | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL. |
| 37652 | 402455 | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, ESTÉRIL. |
| 37660 | 386549 | EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY. |
| 37661 | 386247 | EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTETOR PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY |
| 36406 | 457515 | EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 20 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL |

| | | |
|-------|--------|--|
| 21551 | 459698 | EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 40CM COMPRIMENTO ESTÉRIL |
| 32467 | 459686 | EQUIPO ESTÉRIL INTERMEDIÁRIO DE 2 VIAS PRIMING REDUZIDO |
| 91119 | 385662 | EQUIPO INTERMEDIÁRIO 4 VIAS, 15 CM (+/-2 CM), ESTÉRIL |
| 91122 | 459694 | EQUIPO INTERMEDIÁRIO 2 VIAS, 15 CM (+/-2 CM), ESTÉRIL |
| 25246 | 437164 | ESCALPE N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25247 | 437173 | ESCALPE N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25248 | 437174 | ESCALPE N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25249 | 437165 | ESCALPE N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 25250 | 437187 | ESCALPE N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 23642 | 357700 | ESPAÇADOR PARA INALADOR DOSIMETRADO PRESSURIZADO VOLUME DA CÂMARA DE NO MÍNIMO 140 ML E MÁXIMO DE 350 ML NÃO ESTÉRIL, USO INDIVIDUAL |
| 92240 | 437860 | ESPARADRAPO CIRÚRGICO 10CM X 4,5M EM CARRETEL PLÁSTICO COM CAPA PROTETORA |
| 32464 | 357711 | FILME ADESIVO TRANSPARENTE NÃO ESTÉRIL |
| 91204 | 292134 | FILTRO BARREIRA HIDRÓFobo ADULTO, ESTÉRIL |
| 91205 | 479616 | FILTRO BARREIRA HIDRÓFobo PEDIÁTRICO, ESTÉRIL |
| 92293 | 487454 | FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 2-0 PRETO |
| 92294 | 487442 | FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 3-0 PRETO |
| 92265 | 487520 | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA |
| 92269 | 487509 | FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CIRCULO CILINDRICA |
| 35937 | 325938 | FILTRO VENTILAÇÃO MECÂNICA, TAMANHO NEONATAL, TIPO HIGROSCÓPICO, BACTERIOSTÁTICO, BACTERIANO/VIRAL EMBALAGEM INDIVIDUAL, USO DESCARTÁVEL |

| | | |
|-------|--------|--|
| 49185 | | FITA AUTOADESIVA HOSPITALAR, MATERIAL: CONFECCIONADA EM DUAS FACES, SENDO O DORSO EM PAPEL CREPADO TRATADO E |
| 92361 | 437866 | FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 10CM X 10M |
| 92362 | 437865 | FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 2,5CM X 10M |
| 92363 | 437867 | FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 5CM X 10M |
| 35733 | 339565 | FITA COM ÁREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO HOSPITALAR |
| 91159 | 437849 | FITA UMBILICAL ESTÉRIL |
| 38608 | 427338 | FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO P, ATÉ 40 KG - UNIDADE |
| 38609 | 358131 | FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO M, 40 A 70 KG - UNIDADE |
| 38610 | 358132 | FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO G, 70 A 90KG - UNIDADE |
| 38611 | 334154 | FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO XG, ACIMA DE 90KG - UNIDADE |
| 38604 | 358100 | FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO M, ACIMA DE 5KG - UNIDADE |
| 38605 | 402674 | FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO G, ACIMA DE 9KG - UNIDADE |
| 38606 | 425355 | FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO XG, ACIMA DE 12 KG - UNIDADE |
| 38607 | 470963 | FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO XXG, ACIMA DE 15KG - UNIDADE |
| 38613 | 416616 | FRALDA RN PREMATURO ATÉ 1000G - UNIDADE |
| 38614 | 416616 | FRALDA RN PREMATURO ATÉ 1000 A 2000 G - UNIDADE |
| 38615 | 416616 | FRALDA RN PREMATURO 2 A 3KG - UNIDADE |
| 35105 | 440037 | FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL |
| 23667 | 279972 | FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL ADULTO USO UNICO NAO ESTERIL |
| 12329 | 289437 | FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, Sonda e CATETER NASAL ADULTO |
| 12325 | 390831 | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO NAO ESTERIL |
| 12321 | 390832 | FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL NAO ESTERIL |

| | | |
|-------|--------|--|
| 35107 | 438390 | FRASCO COLETOR, 500 A 600 ML, PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, DESCARTÁVEL |
| 35105 | 440037 | FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL |
| 37015 | 452988 | GUIA PARA INTUBAÇÃO TIPO BOUGIE |
| 18161 | 293025 | HASTE FLEXÍVEL COM PONTA DE ALGODÃO (COTONETE), MATERIAL HASTE: PLÁSTICO, TIPO HASTE: COM RANHURA, MATERIAL PONTA: 100% ALGODÃO, |
| 3399 | 315846 | INVÓLUCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: INFANTIL, DIMENSÕES: 0,30 X 0,60M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA QUALIDADE, COM ABERTURA LONGITUDINAL EM TODA A SUA EXT |
| 3400 | 288975 | INVÓLUCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: INFANTIL, DIMENSÕES: 0,50 X 1 M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA QUALIDADE, COM ABERTURA LONGITUDINAL EM TODA A SUA EXTEN |
| 3402 | 254225 | INVÓLUCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: ADULTO, DIMENSÕES: 0,90 X 2,10M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA |
| 28925 | 457435 | KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO PEDIÁTRICO |
| 34564 | 393283 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 10 |
| 34565 | 424403 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 12 |
| 34566 | 282273 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 14 |
| 34568 | 284084 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 18 |
| 34569 | 402260 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 20 |
| 34270 | 277764 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 22 |
| 25175 | 284077 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 24 |
| 25176 | 272774 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 28 |
| 25178 | 278479 | KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 32 |

| | | |
|-------|--------|--|
| 2992 | | KIT TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL PX 24N |
| 92376 | 333633 | LAMINA P/BISTURI N. 10 |
| 92377 | 313571 | LAMINA P/BISTURI N. 11 |
| 92378 | 313628 | LAMINA P/BISTURI N. 12 |
| 92379 | 366903 | LAMINA P/BISTURI N. 15 |
| 92380 | 361077 | LAMINA P/BISTURI N. 20 |
| 92382 | 242918 | LAMINA P/BISTURI N. 22 |
| 92383 | 366902 | LAMINA P/BISTURI N. 24 |
| 29713 | 338605 | LANCETA DESCARTÁVEL PARA USO PROFISSIONAL |
| 35274 | 338605 | LANCETA ESPECÍFICA PARA TESTE DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA (TESTE DO PEZINHO), DESCARTÁVEL , ESTÉRIL |
| 37705 | 410579 | LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO |
| 92410 | 269946 | LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 6,5 EM LÁTEX ESTÉRIL |
| 92401 | 269839 | LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 7,0 EM LÁTEX ESTÉRIL |
| 92402 | 269838 | LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 7,5 EM LÁTEX ESTÉRIL |
| 92403 | 269837 | LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 8,0 EM LÁTEX ESTÉRIL |
| 92400 | 269947 | LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 8,5 EM LÁTEX ESTÉRIL |
| 92409 | 269892 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO G |
| 92408 | 269893 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO M |
| 92407 | 269894 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO P |
| 35766 | 269891 | LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO PP |
| 23896 | | MACRONEBULIZADOR, COMPOSTO DE : NEBULIZADOR COM TAMPA E CORPO ABS E FRASCO DE POLIPROPILENO GRADUADO DE 0 A 500 ML. HASTE COM ROSCA 9/16 X 18 FIOS, PARA SAÍDA DE FLUXÔMETRO E ADAPTÁVEL A CIRCUITOS DE RESPIRADORES. TRAQUÉIA EM PVC, LISA INTE |
| 91179 | 452986 | MANDRIL PARA INTUBAÇÃO ADULTO |

| | | |
|--------|--------|--|
| 91178 | 452987 | MANDRIL PARA INTUBAÇÃO INFANTIL |
| 91574 | 321795 | MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL. EM FASE DE DESPADRONIZAÇÃO APÓS FINALIZAÇÃO DA ATA (29/06/2023) |
| 6542 | 340407 | MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PFF2 (EQUIVALENTE A N95). |
| 200574 | | MÁSCARA DE SILICONE Nº 0 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL |
| 200575 | | MÁSCARA DE SILICONE Nº 1 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL |
| 200576 | | MÁSCARA DE SILICONE Nº 2 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL |
| 12814 | 454574 | MÁSCARA DE NAO-REINALACAO - MODELO ADULTO SISTEMA COMPLETO |
| 12815 | 454575 | MÁSCARA DE NAO-REINALACAO - MODELO PEDIÁTRICO SISTEMA COMPLETO |
| 25056 | 454554 | MÁSCARA DE VENTURI ADULTO |
| 22011 | 454602 | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENIOTERAPIA ADULTO |
| 28487 | 454603 | MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENIOTERAPIA INFANTIL |
| 202162 | 451080 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 1,5 (05 A 10KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 202161 | 451077 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 2 (10 A 20KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 202163 | 451075 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 2,5 (20 A 30KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 202160 | 451142 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 3,0 (30 A 50KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 202158 | 451137 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 4,0 (50 A 70KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 202159 | 451141 | MÁSCARA LARÍNGEA Nº 5 (70 A 100KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE |
| 35913 | 454148 | MÁSCARA NASAL G |
| 35915 | 454147 | MÁSCARA NASAL M |
| 35914 | 454194 | MÁSCARA NASAL P |
| 35910 | 454151 | MÁSCARA ORONASAL G |
| 35911 | 454150 | MÁSCARA ORONASAL M |
| 35912 | 454153 | MÁSCARA ORONASAL P |

| | | |
|--------|--------|--|
| 12323 | 454548 | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA |
| 12324 | 454547 | MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO |
| 881 | 401778 | OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL |
| 871 | 401777 | OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL |
| 12586 | 459252 | PLACA DE BISTURI ADULTO |
| 12587 | 459254 | PLACA DE BISTURI INFANTIL |
| 22700 | 477277 | PASTA PROTETORA DE PELE COM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL |
| 917758 | 357030 | PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA 15 CM x 15 CM, NÃO ESTÉRIL |
| 890 | 401957 | PROTETOR DE ESTOMA ADULTO, NÃO ESTÉRIL |
| 22802 | 477275 | PROTETOR DE PELE EM PÓ, NÃO ESTÉRIL |
| 32039 | 413466 | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO G |
| 32038 | 413352 | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO M |
| 32037 | 413351 | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO P |
| 37565 | 456371 | PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO PP |
| 30811 | 384038 | PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, ADULTO, BRANCA. APLICAÇÃO: IDENTIFICAR PACIENTES INTERNADOS, MATERIAL: CONFECCIONADA EM MATERIAL PLÁSTICO RESISTENTE, SEM ELASTICIDADE, ATÓXICO, HIPOALERGÊNICO, BORDAS ATRAUMÁTICAS E AJUSTÁVEL AO USO ADULTO. CARAC |
| 201158 | 436856 | SAPATILHA DESCARTÁVEL |
| 25258 | 443469 | SERINGA HIPODÉRMICA 1ML SEM AGULHA, DESCARTAVEL, ESTERIL |
| 35681 | 439662 | SERINGA HIPODÉRMICA 1 ML COM AGULHA 13 X 3,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA |
| 25283 | 439660 | SERINGA HIPODÉRMICA 1ML, COM AGULHA 13X4,5, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 33490 | 439668 | SERINGA HIPODÉRMICA DE 3 ML COM AGULHA 25 X 0,6 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA |

| | | |
|-------|--------|--|
| 25255 | 439684 | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 20 X 0,55, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 25254 | 439681 | SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 25256 | 439688 | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 35682 | 439699 | SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 31043 | 439626 | SERINGA HIPODÉRMICA 10 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 25238 | 439626 | SERINGA HIPODÉRMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL, BICO LUER SLIP |
| 25239 | 439627 | SERINGA HIPODÉRMICA 20ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 25280 | 442278 | SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTAVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL |
| 6543 | 439629 | SERINGA 60 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL |
| 12283 | 454404 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 10 FR INFANTIL, ESTÉRIL |
| 12285 | 454405 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL 12FR, ESTÉRIL |
| 12287 | 454402 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 14FR - PARA TQT 7,0 - 7,5 |
| 12289 | 454403 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 16FR - PARA TQT 8,0 - 8,5 - 9,0 |
| 12245 | 454396 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 6FR NEONATAL - PARA TOT 3,0 - 3,5 |
| 12252 | 454406 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 8FR - PARA TOT 4,0 - 4,5 |
| 12241 | 454407 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 5 FR NEONATAL |

| | | |
|-------|--------|--|
| 12254 | 454399 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 10FR - PARA TOT 5,0 - 5,5 |
| 12284 | 454400 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 12FR - PARA TOT 6,0 - 6,5 |
| 12286 | 454397 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 14 FR, ESTÉRIL |
| 12290 | 454398 | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 16 FR, ESTÉRIL |
| 32457 | 390804 | SOLUÇÃO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESÕES ESTÉRIL SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTÉRIL |
| 92434 | 283987 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04 |
| 92435 | 279760 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06 |
| 92436 | 279763 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08 |
| 92437 | 279765 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10 |
| 92438 | 279764 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12 |
| 92433 | 279761 | SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14 |
| 92442 | 435998 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 08 |
| 92443 | 436008 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 10 |
| 92444 | 436009 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 12 |
| 92445 | 436002 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 14 |
| 92446 | 436007 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 16 |
| 92439 | 436003 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 18 |
| 92448 | 436010 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 20 |
| 92440 | 436004 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 22 |
| 92441 | 436006 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 24 |
| 92454 | 435996 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 06 |
| 92455 | 435998 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 08 |

| | | |
|-------|--------|--|
| 92458 | 436000 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 10 |
| 92459 | 436001 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 12 |
| 35961 | 435999 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 16 |
| 35962 | 435997 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 18 |
| 35963 | 436078 | SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 20 |
| 92451 | 436018 | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 20 |
| 92452 | 436013 | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LATEX Nº 22 |
| 92453 | 436014 | SONDA DE FOLEY 3 VIAS LATEX Nº 24 |
| 35964 | 438575 | SONDA DE FOLEY 3 VIAS SILICONE Nº 22 |
| 35725 | 435905 | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 04 |
| 35726 | 435903 | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 06 |
| 35727 | 435904 | SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 08 |
| 92466 | 437216 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06 |
| 92467 | 438982 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08 |
| 92468 | 435906 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10 |
| 92469 | 435907 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12 |
| 92470 | 435908 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14 |
| 92471 | 435909 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16 |
| 92472 | 435910 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18 |
| 92473 | 435911 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20 |
| 92474 | 435912 | SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22 |
| 92475 | 435901 | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 10 |
| 12083 | 435902 | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 12 |
| 92456 | 435899 | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PEDIÁTRICA Nº 08 |

| | | |
|-------|--------|---|
| 92457 | 435897 | SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NEONATAL Nº 06 |
| 92479 | 435932 | SONDA RETAL Nº 18 |
| 92480 | 435933 | SONDA RETAL Nº 20 |
| 92481 | 435934 | SONDA RETAL Nº 22 |
| 92482 | 435935 | SONDA RETAL Nº 24 |
| 92483 | 435937 | SONDA RETAL Nº 26 |
| 92493 | 452538 | SONDA URETRAL Nº 04 |
| 92494 | 435970 | SONDA URETRAL Nº 06 |
| 92495 | 436229 | SONDA URETRAL Nº 08 |
| 92496 | 436042 | SONDA URETRAL Nº 10 |
| 92497 | 435986 | SONDA URETRAL Nº 12 |
| 92498 | 435982 | SONDA URETRAL Nº 14 |
| 92499 | 435985 | SONDA URETRAL Nº 16 |
| 92500 | 435983 | SONDA URETRAL Nº 18 |
| 92501 | 435987 | SONDA URETRAL Nº 20 |
| 92502 | 435984 | SONDA URETRAL Nº 22 |
| 5310 | 392369 | SWABS-LENÇO OU GAZE UMED. C/ÁLCOOL ISOPROPÍLICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE |
| 36017 | 273502 | TAMPA OCLUSORA PARA DISPOSITIVOS DE INFUSÃO, ESTÉRIL |
| 63295 | 428615 | TOUCA HOSPITALAR DESCARTÁVEL |
| 91191 | 256077 | TORNEIRA DESCARTÁVEL COM TRÊS VIAS, ESTÉRIL |
| 92512 | 265626 | TUBO DE LATEX Nº 200 |
| 34859 | 459110 | TUBO DE SILICONE Nº 204 |
| 92058 | 451272 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 4,0MM |

| | | |
|-------|--------|--|
| 92052 | 451270 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 5,0MM |
| 92060 | 451203 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 6,0MM |
| 92055 | 451193 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 2,5MM |
| 92056 | 451191 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF EXTRA-FLEXÍVEL 3,0 MM |
| 92057 | 451197 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 3,5MM |
| 92059 | 451192 | TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 4,5MM |
| 2447 | 451299 | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 3,5MM |
| 2448 | 451216 | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 4,0MM |
| 2449 | 451210 | TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 4,5MM |
| 92029 | 451298 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,0 MM |
| 92030 | 451304 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,5MM |
| 92031 | 451305 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,0MM |
| 92032 | 451308 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,5MM |
| 92033 | 451307 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,0MM |
| 92034 | 451296 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,5MM |
| 92035 | 451310 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,0 MM |
| 92036 | 451302 | TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,5MM |
| 37739 | 459110 | TUBO EXTENSOR DE PVC PARA OXIGENOTERAPIA |
| 38225 | 468315 | TUBO EXTENSOR ESTÉRIL PARA BOMBA DE SERINGA COM CONEXÃO LUER LOCK PRIMER REDUZIDO - 120 A 150 CM |

| | | |
|-------|--------|---|
| 38224 | 459687 | TUBO EXTENSOR ESTÉRIL PARA BOMBA DE SERINGA COM CONEXÃO LUER LOCK PRIMER REDUZIDO FOTOSSENSÍVEL- 120 A 150 CM |
|-------|--------|---|

ANEXO XII

INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS (IMR)

O Instrumento de Medição de Resultados (IMR) é uma ferramenta na qual é formalizado o nível da prestação de serviço que será exigido da contratada e que garante níveis de qualidade na assistência prestada ao usuário do SUS.

Os indicadores não são vistos como meros instrumentos para penalizar a Contratada, mas como forma para possibilitar a melhoria dos serviços prestados.

Deverá ser fornecido pela CONTRATADA relatórios mensais para monitoramento do IMR.

Indicadores analisado como Instrumento de Medição de Resultado (IMR):

1. Tempo Médio de Permanência UTI por subtipo (leitos contratados)- **Ficha 1**
2. Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada à sonda vesical. **Ficha 2**
 - A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.
3. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). - **Ficha 3**
 - A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.
4. Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI - **Ficha 4**
 - A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.

Ficha 1:

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR | |
|------------------------------------|---|
| Indicador | Tempo Médio de Permanência UTI por subtipo (leitos contratados) |
| Conceituação | Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica ou Neonatal do hospital. |
| Dimensão da Qualidade | Efetividade Eficiência |
| Usos | Avaliar o tempo médio em que um paciente permanece internado na Unidade de Terapia Intensiva nos leitos contratados. |
| Metodologia de Cálculo | <p>NUMERADOR: Somatória de pacientes-dia nos leitos de UTI contratados do hospital no período de um mês. Utilizar o censo da 00:00 hora de cada dia.</p> <p>DENOMINADOR: Somatória das saídas (altas +óbitos + transferências externas) hospitalares dos pacientes dos leitos contratados na UTI do hospital no período de um mês.</p> <p>MULTIPLICADOR: 100</p> <p>(\sum pacientes-dia na UTI / \sum Saídas hospitalares (altas +óbitos + transferências externas) da UTI) x 100</p> <p>Pacientes-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando na UTI do hospital em cada dia, nos leitos contratados. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês.</p> <p>Saídas: Número de transferências internas da UTI para as unidades semi intensivas (intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês (Sipageh, 2006; Schout e Novaes,2007; CQH,2009)</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Meta | As metas variam de acordo com o subtipo do leito (adulto, pediátrico e neonatal) UTI adulto geral: 10 dias (conforme definido AGR) UTI pediátrica: 10 dias (conforme definido AGR) UTI neonatal: até 31 dias (ANS) |
| Periodicidade de Monitoramento | Mensal |
| Unidade de Medida | Percentual |
| Polaridade | Menor – melhor |

Ficha 2:

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR | |
|------------------------------------|---|
| Indicador | Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada à sonda vesical. |
| Conceituação | Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (SVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter. |
| Dimensão da Qualidade | Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções) |
| Usos | Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI. O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. |
| Metodologia de Cálculo | <p>NUMERADOR: Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com SVD no mês. DENOMINADOR: Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (SVD-dia) no mês. MULTIPLICADOR: 100</p> <p>(total de ITUs em pacientes com SVD) / (total de pacientes com SVD-dia) x 1.000</p> <p>Crterios de incluso: Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo “observações”); O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</p> <p>Crterios de exclusão: Pacientes que utilizam cateter duplo J; Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</p> |
| Meta | <p>UTI adulto: P90 da DI ≤ 2,3 ITU por 1000 SVD-dia UTI pediátrica: P90 da DI ≤ 3,1 ITU por 1000 SVD-dia UTI neonatal: não será avaliado este indicador</p> <p>Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA N° 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 -</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Periodicidade de Monitoramento | Mensal |
| Unidade de Medida | Percentil |
| Polaridade | Menor – melhor |
| Fonte | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. |
| Responsável | CCIH/ estabelecimento |

Ficha 3:

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR | |
|------------------------------------|---|
| Indicador | Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) |
| Conceituação | Evidência a taxa de pneumonia associada à utilização de ventilação artificial, na UTI adulto, pediátrica e neonatal. |
| Dimensão da Qualidade | Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções) |
| Usos | Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI. |
| Metodologia de Cálculo | <p>NUMERADOR: Somatório de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI no período</p> <p>DENOMINADOR: Somatório de pacientes de UTI com uso de respirador no período</p> <p>MULTIPLICADOR: 100</p> <p>Σ de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI no período / Σ de pacientes de UTI com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %</p> <p>Infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão.</p> <p>Ventilador mecânico é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</p> <p>Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.</p> <p>Pneumonia decorrente de aspiração maciça durante a intubação na sala de emergência deve ser considerada como pneumonia relacionada à assistência à saúde.</p> |
| Meta | <p>UTI adulto: P90 da DI \leq 11,5 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>UTI pediátrica: P90 da DI \leq 3,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>UTI neonatal:</p> <p>< 750g: P90 da DI \leq 5,4 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>750g a 999g: P90 da DI \leq 6,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>1000g a 1499g: P90 da DI \leq 3,8 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>1500g a 2499g: P90 da DI \leq 7,2 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>>2500g: P90 da DI \leq 1,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA N° 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 - |
| Periodicidade de Monitoramento | Mensal |
| Unidade de Medida | Percentil |
| Polaridade | Menor – melhor |
| Fonte | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. |
| Responsável | CCIH/ estabelecimento |

Ficha 4:

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR | |
|---------------------------------------|---|
| Indicador | Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI |
| Conceituação | Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidades terapias intensivas (UTI), vezes 1000. |
| Dimensão da Qualidade | Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções) |
| Usos | Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI. |
| Metodologia de Cálculo | <p>NUMERADOR: Cateter venoso central-dia DENOMINADOR: Somatório de pacientes de UTI com uso de respirador no período MULTIPLICADOR: 100</p> <p>Σ de casos novos de infecção de corrente sanguínea no período / Σ de Cateter venoso central-dia no período * 1000 = Converter o resultado para %</p> <p>Subdivisão do numerador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, no período. 2. Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial), no período. |
| Meta | <p>UTI adulto: P90 da DI \leq 5,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia UTI pediátrica: P90 da DI \leq 5,5 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia UTI neonatal: < 750g: P90 da DI \leq 21,6 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 750g a 999g: P90 da DI \leq 20,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1000g a 1499g: P90 da DI \leq 17,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1500g a 2499g: P90 da DI \leq 12,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia >2500g: P90 da DI \leq 7,5 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia</p> <p>Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA N° 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 -</p> |
| Periodicidade de Monitoramento | Mensal |

| | |
|--------------------------|--|
| Unidade de Medida | Percentil |
| Polaridade | Menor – melhor |
| Fonte | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. |
| Responsável | CCIH/ estabelecimento |

Ficha 4 - Orientação para análise: Infecção primária de corrente sanguínea

Em UTI de Adultos e UTI Pediátrica:

1. Infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Paciente com uma ou mais hemoculturas positivas coletadas preferencialmente de sangue periférico (A coleta de hemocultura através de dispositivos intravenosos é de difícil interpretação), e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio (A infecção em acesso vascular não é considerada infecção em outro sítio).

Critério 2: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), tremores, oligúria (volume urinário <20 ml/h), hipotensão (pressão sistólica \leq 90mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio; E Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteróides, Bacillus spp, Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococos).

Critério 3: Para crianças > 28 dias e < 1 ano: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre (>38°C), hipotermia (<36°C), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio) E Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteróides, Bacillus spp, Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococos).

2. Infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial): é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°), tremores, oligúria (volume urinário <20 ml/h), hipotensão (pressão sistólica < 90mmHg) ou (não relacionados com infecção em outro sítio) E todos os seguintes:

a) Hemocultura negativa ou não realizada

b) Nenhuma infecção aparente em outro sítio

c) Médico institui terapia antimicrobiana para sepse Critério 2: Para crianças > 30 dias e < 1 ano, Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: 38°C), hipotermia (<36°C), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio) E todos os seguintes: a) Hemocultura negativa ou não realizada b) Nenhuma infecção aparente em outro sítio c) Médico institui terapia antimicrobiana para sepse

Em UTI Neonatal:

1. Infecção primária da corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Uma ou mais hemoculturas positivas por microrganismos não contaminantes da pele e que o microrganismo não esteja relacionado à infecção em outro sítio;

Critério 2: Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local (discutir com médico assistente do RN):

- Instabilidade térmica*;
- Bradicardia*;
- Apnéia*;
- Intolerância alimentar*;
- Piora do desconforto respiratório*;
- Intolerância à glicose*;
- Instabilidade hemodinâmica*;
- Hipoatividade/letargia*

E pelo menos um dos seguintes:

a) Microrganismos contaminantes comuns da pele (difteróides, *Propionibacterium* spp., *Bacillus* spp., *Staphylococcus coagulase negativa* ou micrococos) cultivados em pelo menos duas hemoculturas colhidas em dois locais diferentes, com intervalo máximo de 48 horas entre as coletas;

b) *Staphylococcus coagulase negativa* cultivado em pelo menos 01 hemocultura periférica de paciente com cateter vascular central (CVC).

2. Infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial) ou Sepsé Clínica: é aquela que preenche um dos seguintes critérios (discutir com médico assistente do recém-nascido):

Critério 1: Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa reconhecida:

- Instabilidade térmica*;
- Apnéia*;
- Bradicardia*;
- Intolerância alimentar*;
- Piora do desconforto respiratório*;
- Intolerância à glicose*;
- Instabilidade hemodinâmica*;
- Hipoatividade/letargia*.

E todos os seguintes critérios:

a) Hemograma com 3 parâmetros alterados (vide escore hematológico em anexo) e/ou Proteína C Reativa quantitativa alterada (ver observações abaixo) (RODWELL, 1988; RICHTMANN, 2002);

b) Hemocultura não realizada ou negativa;

c) Ausência de evidência de infecção em outro sítio;

d) Terapia antimicrobiana instituída e mantida pelo médico assistente. Fonte (ANVISA, 2010)

ANEXO XIII

CRITÉRIOS DE GLOSA

| |
|--|
| Prontuário/ficha/boletim rasurados |
| Material/equipamento fixo |
| Materiais, Medicamentos, SADT/exames não cobertos (não padronizados na SES DF) |
| Materiais, Medicamentos, SADT/exames não justificados para o caso |
| Materiais, Medicamentos não utilizados |
| Material em excesso |
| Medicação em desacordo com a prescrição |
| Medicação não prescrita |
| Medicação em excesso |
| Medicação suspensa |
| Exames sem laudo |
| Exames/procedimentos não requisitados |
| Solicitação com data posterior ao exame |
| Procedimento que exige autorização do auditor, sem autorização |
| Falta de registro de evolução médica e/ou enfermagem |
| Solicitação médica sem data |
| Soma errada – cálculo |
| Falta de envio das Tabelas de Preços. |
| Data de atendimento fora da competência |
| Cobrança fora da Tabela acordada |
| Especialidade não autorizada. |
| Prestador descredenciado |

| |
|---|
| Procedimento cirúrgico não caracterizado como urgência ou emergência |
| Curativo incluso no procedimento cirúrgico |
| Evento incluso no pacote acordado |
| Evento que não comporta cobrança |
| Falta de discriminação dos serviços executados |
| Honorário médico fora da Tabela acordada ou em excesso |
| Honorário de equipe multiprofissional fora da Tabela acordada ou em excesso |

ANEXO XIV

LEVANTAMENTO DE CUSTO MÉDIO PACIENTE/DIA EM 2022 NAS UTI ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL CREDENCIADAS PELO EDITAL DE CREDENCIAMENTO 05/2009

Tendo em vista a experiência desta SES/DF com as empresas contratadas acima listadas, que reflete os preços praticados pelo mercado do Distrito Federal, foi feito o levantamento de **custo médio paciente/dia em 2022** nas UTI adulto, pediátrica e neonatal credenciadas pelo Edital de Credenciamento 05/2009, conforme dados disponibilizados no Painel de Custos de Leitos de UTI publicizados no portal Info-Saúde (<https://info.saude.df.gov.br/custosleitoutilasit/>), os quais estão compilados nas tabelas 1 - 4:

ESTIMATIVA DE CUSTO PACIENTE-DIA UTI

Foi solicitado o levantamento de **custo médio paciente/dia em 2022 nas UTI adulto, pediátrica e neonatal credenciadas** pelo Edital de Credenciamento 05/2009, acrescido da análise do Desvio-Padrão (DP), apontando as unidades que apresentam o melhor Coeficiente de Variação (CV) para melhor estimativa do custo, à Coordenação Especial de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – CGCSS.

O levantamento das informações acerca do valor médio (custo médio paciente/dia) pago às contratadas ao longo do exercício de 2022 foi disponibilizado no Despacho SEI 117607878, como segue:

FORMA DE CÁLCULO - UTI ADULTO, UTI NEONATAL E UTI PEDIÁTRICA

A **MÉDIA DE DIÁRIA TOTAL** é composta por diárias hospitalares, materiais, medicamentos, exames laboratoriais, exames de imagem, OPME, honorários médicos e taxas hospitalares, conforme informações extraídas do Edital de Credenciamento 05/2009.

Para obtenção de tal média realizou-se a seguinte operação:

a. Dividiu-se o valor pago à prestadora de serviços durante o mês de competência pela quantidade de diárias no mês de competência.

Para obtenção do **PACIENTE/DIA** realizou-se a seguinte operação:

a. cálculo da quantidade de diárias de internação pela relação entre as datas de entrada e saída do paciente;

b. divisão do valor total do paciente pelo resultado do “item a”.

Deste modo, é possível determinar o custo de um paciente em um mês específico dividindo o valor total da internação pelo fator **PACIENTE/DIA** e, em seguida, multiplicando pela quantidade de dias em que o paciente ficou internado naquele mês.

Convém informar que o pagamento é realizado em cima do leito utilizado e não pelo total contratado.

VALORES PAGOS - ANO REFERÊNCIA 2022

Partindo da **análise com base na execução contratual no ano de 2022**, é possível obter uma média de valores ajustados para os leitos de UTI, conforme segue:

Quadro 1 - média de valores UTI Adulto

| Empresas | jan./22 | fev./22 | mar./22 | abr./22 | mai./22 | jun./22 | jul./22 | ago./22 | set./22 | out./22 | nov./22 | dez./22 | MÉDIA ANUAL | DESVIO PADRÃO | COEF. DE VARIAÇÃO |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| DAHER | R\$ 5.326,67 | R\$ 5.351,28 | R\$ 5.178,41 | R\$ 5.178,41 | R\$ 5.425,74 | R\$ 5.031,74 | R\$ 5.012,79 | R\$ 4.666,72 | R\$ 4.990,01 | R\$ 5.131,04 | R\$ 4.972,67 | R\$ 5.704,65 | R\$ 5.164,18 | R\$ 254,68 | 5% |
| DOMED | R\$ 4.782,47 | R\$ 4.552,80 | R\$ 4.452,31 | R\$ 3.957,76 | R\$ 4.013,94 | R\$ 4.313,80 | R\$ 4.228,26 | R\$ 4.225,87 | R\$ 4.066,56 | R\$ 4.413,80 | R\$ 4.254,06 | R\$ 4.781,79 | R\$ 4.336,95 | R\$ 260,60 | 6% |
| HOME | R\$ 5.844,13 | R\$ 6.512,25 | R\$ 6.177,82 | R\$ 5.436,53 | R\$ 5.793,34 | R\$ 5.391,30 | R\$ 5.384,22 | R\$ 4.899,61 | R\$ 5.160,31 | R\$ 4.909,63 | R\$ 5.817,72 | R\$ 5.877,69 | R\$ 5.600,38 | R\$ 471,25 | 8% |
| SANTA MARTA | R\$ 4.934,58 | R\$ 5.743,40 | R\$ 7.364,94 | R\$ 6.044,06 | R\$ 5.141,52 | R\$ 4.034,07 | R\$ 4.894,81 | R\$ 4.558,05 | R\$ 6.250,09 | R\$ 6.351,52 | R\$ 7.755,40 | R\$ 7.270,27 | R\$ 5.861,89 | R\$ 1.140,93 | 19% |
| SÃO FRANCISCO | R\$ 3.970,29 | R\$ 4.086,70 | R\$ 3.793,78 | R\$ 3.962,72 | R\$ 4.302,51 | R\$ 3.496,88 | R\$ 3.451,38 | R\$ 4.538,98 | R\$ 3.919,46 | R\$ 3.852,35 | R\$ 4.001,76 | R\$ 4.046,15 | R\$ 3.951,91 | R\$ 287,39 | 7% |
| SÃO MATEUS | R\$ 5.226,89 | R\$ 5.094,90 | R\$ 5.735,00 | R\$ 5.206,01 | R\$ 4.746,26 | R\$ 5.234,21 | R\$ 4.802,72 | R\$ 4.902,27 | R\$ 5.777,70 | R\$ 6.486,18 | R\$ 6.610,79 | R\$ 6.157,73 | R\$ 5.498,39 | R\$ 617,70 | 11% |
| MÉDIA MENSAL | R\$ 5.014,17 | R\$ 5.223,56 | R\$ 5.450,38 | R\$ 4.964,25 | R\$ 4.903,89 | R\$ 4.583,67 | R\$ 4.629,03 | R\$ 4.631,92 | R\$ 5.027,36 | R\$ 5.190,75 | R\$ 5.568,73 | R\$ 5.639,71 | R\$ 5.068,95 | R\$ 344,33 | 7% |

Quadro 2 - Média de valores UTI Neonatal

| Empresas | jan./22 | fev./22 | mar./22 | abr./22 | mai./22 | jun./22 | jul./22 | ago./22 | set./22 | out./22 | nov./22 | dez./22 | MÉDIA ANUAL | DESVIO PADRÃO | COEF. DE VARIAÇÃO |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| SANTA MARTA | R\$ 2.012,86 | R\$ 2.114,33 | R\$ 2.309,14 | R\$ 1.529,01 | R\$ 1.578,73 | R\$ 2.499,92 | R\$ 1.904,38 | R\$ 1.885,77 | R\$ 1.927,54 | R\$ 2.166,28 | R\$ 2.463,97 | R\$ 3.152,38 | R\$ 2.128,69 | R\$ 424,03 | 20% |
| SÃO FRANCISCO | R\$ 1.817,85 | R\$ 2.133,76 | R\$ 1.655,01 | R\$ 2.084,07 | R\$ 2.063,02 | R\$ 1.807,41 | R\$ 2.030,84 | R\$ 2.334,76 | R\$ 3.042,70 | R\$ 3.031,74 | R\$ 3.305,49 | R\$ 3.521,65 | R\$ 2.402,36 | R\$ 616,44 | 26% |
| MÉDIA MENSAL | R\$ 13.448,22 | R\$ 13.612,66 | R\$ 13.605,38 | R\$ 13.403,83 | R\$ 13.403,41 | R\$ 13.497,50 | R\$ 13.423,31 | R\$ 13.503,11 | R\$ 13.797,15 | R\$ 13.902,44 | R\$ 14.147,55 | R\$ 14.398,94 | R\$ 3.200,00 | R\$ 309,00 | 10% |

Convém ressaltar que no ano de 2022:

Houve celebração e execução de contrato administrativo a partir de outubro/2022, para prestação de serviços de UTI PEDIÁTRICA de empresa credenciada no edital 05/2009;

Quadro 3 - Média dos valores UTI PEDIÁTRICA empresa credenciada no edital 05/2009.

| Empresas | jan./22 | fev./22 | mar./22 | abr./22 | mai./22 | jun./22 | jul./22 | ago./22 | set./22 | out./22 | nov./22 | dez./22 | MÉDIA ANUAL | DESVIO PADRÃO | COEF. DE VARIAÇÃO |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|
| SANTA MARTA | - | - | - | - | - | - | - | - | - | R\$ 3.121,35 | R\$ 3.809,32 | R\$ 3.721,02 | R\$ 3.550,56 | R\$ 305,63 | 9% |

Como forma de complementação das informações, segue relação do **CUSTO MÉDIO LEITO DIA** dos hospitais da rede SES, oriundas da Diretoria de Gestão Regionalizada - DGR.

Quadro 04 - média dos valores UTI PEDIÁTRICA Rede SES.

| Empresas | jan./22 | fev./22 | mar./22 | abr./22 | mai./22 | jun./22 | jul./22 | ago./22 | set./22 | out./22 | nov./22 | dez./22 | MÉDIA ANUAL | DESVIO PADRÃO | COEF. DE VARIAÇÃO |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| HRT | R\$ 5.483,00 | R\$ 8.635,10 | R\$ 7.327,30 | R\$ 10.230,10 | R\$ 8.048,30 | R\$ 8.203,60 | R\$ 8.218,20 | R\$ 11.464,00 | R\$ 9.985,20 | R\$ 11.265,50 | - | - | R\$ 7.405,03 | R\$ 1.760,94 | 24% |
| HOSPITAL DE BASE | R\$ 4.041,95 | R\$ 2.641,70 | R\$ 4.807,68 | R\$ 5.023,37 | R\$ 4.134,41 | R\$ 4.975,49 | R\$ 4.873,89 | R\$ 9.098,28 | R\$ 5.203,35 | R\$ 5.974,64 | R\$ 6.254,57 | R\$ 5.587,39 | R\$ 5.218,06 | R\$ 1.483,75 | 28% |
| HMB | R\$ 5.522,91 | R\$ 6.375,94 | R\$ 5.916,49 | R\$ 5.768,14 | R\$ 6.095,22 | R\$ 6.562,58 | R\$ 6.304,93 | R\$ 7.045,55 | R\$ 6.260,24 | R\$ 6.440,25 | R\$ 6.505,79 | R\$ 6.480,73 | R\$ 6.341,44 | R\$ 386,65 | 6% |
| MÉDIA MENSAL | R\$ 5.015,95 | R\$ 5.884,25 | R\$ 6.017,16 | R\$ 7.007,20 | R\$ 6.092,64 | R\$ 6.580,56 | R\$ 6.465,67 | R\$ 9.202,61 | R\$ 7.149,60 | R\$ 7.893,46 | R\$ 4.253,45 | R\$ 4.022,71 | R\$ 6.298,77 | R\$ 1.112,66 | 18% |

Por oportuno, informamos que não foi possível informar os dados do Hospital HCB, pois o hospital não conseguiu atualizar os dados referentes a 2022 por falta de RH, que recentemente foi resolvido, porém ainda estão atualizando os dados e os dados do HRT só foram preenchidos até outubro/2022.

Assim, observa-se que no ano referência de 2022 tem-se os seguintes valores médios para os serviços de UTI.

Quadro 05 - Consolidação

| TIPO | VALOR MÉDIO ANUAL | DESVIO PADRÃO | COEF. DE VARIAÇÃO |
|---------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|
| ADULTO | R\$ 5.068,95 | R\$ 344,33 | 7% |
| NEONATAL | R\$ 3.200,00 | R\$ 309,00 | 10% |
| PEDIÁTRICA - CONTRATADAS | R\$ 3.550,56 | R\$ 305,63 | 9% |
| PEDIÁTRICA - REDE SES/DF | R\$ 6.298,77 | R\$ 1.112,66 | 18% |

Ainda, conforme solicitado pelo Grupo de trabalho, foi acrescido na análise o calculado do Desvio-Padrão (DP), que aponta uma comparação da variação dos valores em relação à média da Unidade. O Coeficiente de Variação (CV) é o desvio padrão expresso como uma porcentagem média, que segundo os métodos estatísticos, dividem-se em três categorias:

- Menor ou igual a 15% → baixa dispersão: dados homogêneos
- Entre 15 e 30% → média dispersão
- Maior que 30% → alta dispersão: dados heterogêneos.