



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ**

**REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATENÇÃO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA
IDOSOS (ILPI)**

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a internação de atenção domiciliar e Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI), precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. A atenção domiciliar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista à redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência internado, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários com doenças crônicas, degenerativas ou em finitude. É composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

1.3. A admissão e a alta do beneficiário neste regime de atendimento serão por meio de avaliação técnica profissional e por tipo de patologia. Obedecerá, ainda, a critérios de elegibilidade: epidemiológicos, sociais, administrativos e de custo/ benefícios compensatórios.

1.4. Esse tipo de assistência na rede complementar sempre dependerá de autorização prévia do GSAU-GW, conforme previsto na Ordem Técnica nº 010/DIRSA/2022 – Normatização para atenção domiciliar e internação de longa permanência por meio da rede complementar do SISAU.

1.5. No caso de internação domiciliar ou de assistência domiciliar, a atenção somente se dará caso conte com a existência de um familiar ou responsável que more com o paciente. O cuidador responsável deverá receber orientações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando o paciente receber alta.

1.6. São considerados assistência de enfermagem:

1.6.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

- 1.6.2. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intraabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);
- 1.6.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;
- 1.6.4. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;
- 1.6.5. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;
- 1.6.6. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;
- 1.6.7. Serviço de enfermagem do procedimento;
- 1.6.8. Assepsia e antissepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);
- 1.6.9. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- 1.6.10. Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- 1.6.11. Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enterocisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);
- 1.6.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado);
- 1.6.13. Preparo de corpo em caso de óbito;
- 3.16.14. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;
- 1.6.15. Enfaixamento e Contenção;
- 1.6.16. Prescrição/Anotação de Enfermagem;
- 1.6.17. Verificação de medidas antropométricas;
- 1.6.18. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32. (base legal: NR6, NR9, NR32);
- 1.6.19. Coleta de exames laboratoriais.

2. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

- 2.1. A indicação e seleção do beneficiário para a internação domiciliar é parte de uma política de atenção ao paciente crônico, visando desospitalização precoce do paciente estável, na qual ainda necessita de cuidados complexos dependentes da ação de enfermagem e tecnologia especializada, bem como suporte para urgência e emergência, estabelecendo metas terapêuticas.

- 2.2. A admissão e a alta do paciente neste regime de atendimento obedecem a critérios epidemiológicos, administrativos e de custos/benefícios, resultado de avaliação técnica profissional por tipo de patologia e, ainda, por contar com a existência de um familiar ou responsável que more junto com o paciente.
- 2.3. A necessidade de internação domiciliar decorre de indicação médica e administrativa.
- 2.4. A elegibilidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de Internação Domiciliar e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD) por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo do GSAU-GW, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade.
- 2.5. Conforme preenchimento da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (NEAD), (Anexo 1) o plano terapêutico será classificado da seguinte forma:
- Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;
 - Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e
 - Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem.
- 2.6. É vedada a inclusão de aditivos (benefícios) e/ou visitas especializadas de profissionais ao plano terapêutico, sem a autorização prévia do GSAU-GW.
- 2.7. O encaminhamento ao serviço credenciado será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB) (Anexo 2), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias.
- 2.8. Obrigatoriamente, o paciente em internação domiciliar deverá ter um responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando esse receber alta.
- 2.9. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para internação domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.
- 2.10. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.
- 2.11. O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar ao GSAU-GW (auditoria.esgw@fab.mil.br), até o 20º dia de cada mês, o relatório multidisciplinar do atendimento prestado que subsidiará possíveis alterações no plano terapêutico (prorrogação, aumentos ou reduções de visitas, alta do paciente).
- 2.12. O beneficiário assistido será visitado mensalmente por auditores do GSAU-GW, com o objetivo de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico.
- 2.13. São necessárias prescrições médicas para todas as condutas que cabem ao ato médico, transferência do paciente, suspensão ou inclusão de medicamentos, tipos de serviços e tratamentos, até a alta.
- 2.14. A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:
- Mudança de domicílio para um ambiente inapropriado;
 - Não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto;

c) Alta da internação domiciliar.

2.15. Equipe multiprofissional é composta por Auxiliar/Técnico de enfermagem (12 horas ou 24 horas), médico, enfermeiro, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

2.16. A família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, a qual designará “Cuidador”. Esta pessoa será de grande importância para que os objetivos do tratamento sejam atingidos, pois o “Cuidador” será responsável pelo acompanhamento e evolução do paciente, bem como pelo atendimento das necessidades gerais do paciente durante e após a alta da internação domiciliar.

2.17. As despesas com o “Cuidador”, se existirem, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal. O “Cuidador” será capacitado e orientado para prestar os cuidados necessários ao paciente, facilitando a sua alta quando o quadro clínico assim o permitir.

2.18. São atribuições do “Cuidador”: os cuidados de higiene pessoal, a administração de medicamentos (exceto injetáveis), o auxílio na mobilização, a alimentação por sondas ou via oral, os curativos simples etc..

2.19. O “Cuidador” será o elo entre o cliente, a Equipe Multidisciplinar e os demais membros da família.

2.20. A família e o Cuidador deverão submeter-se a treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem aptos à execução dos cuidados após a alta da assistência domiciliar ou na suspensão da presença de técnico de enfermagem no domicílio.

2.21. Sendo a internação domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis.

3. ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.1. A assistência domiciliar visa o gerenciamento de doenças crônicas e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao paciente e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade.

3.2. A indicação e seleção do beneficiário nesta modalidade é parte de uma política que visa: melhorar a qualidade de vida e identificar fatores de riscos determinantes do estado de saúde, estimular o engajamento da família no processo de otimização dos cuidados, promover ações para minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação de profissionais especializados e/ou cuidador responsável, promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença, reabilitando ou amenizando sequelas já instaladas, reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias, reduzir o número de internações/reinternações hospitalares, bem como o tempo de permanência hospitalar (atuação preventiva nas intercorrências), promover maior conforto e dignidade para os pacientes em processo de finitude e motivar o indivíduo a melhor compreender e aceitar sua condição de saúde, contribuindo para melhoria da adesão ao tratamento.

3.3. Os beneficiários do SISAU podem participar desta modalidade de atenção à saúde pela rede complementar do SISAU, desde que reúnam todos os seguintes critérios de elegibilidade:

a) Problemas de saúde que gerem incapacidade permanente ou temporá-

ria, passíveis de reabilitação ou adaptação, independentemente da idade do paciente; e

b) Dificuldade ou impossibilidade clínica de locomoção até uma unidade de saúde, conforme parecer médico.

3.4. É vedada a admissão de benefícios e/ou inclusão de aditivos ao plano previamente aprovado sem autorização do GSAU-GW e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

3.5. A autorização de uso do serviço credenciado será feita por meio de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), emitida pelo GSAU-GW, equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB definirá o(s) tipo(s) de procedimento(s) específico(s) e período autorizado de execução do serviço, o qual não será superior a 30 dias.

3.6. A visita domiciliar de médico de qualquer especialidade, de caráter eletivo, não prevista no plano de assistência domiciliar, deverá ser submetida a análise e autorização prévia do ES-GW.

3.7. Para continuidade dos atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), os profissionais de saúde credenciados deverão encaminhar até o 20º dia de cada mês, ao GSAU-GW (funsa.esgw@fab.mil.br), relatórios dos atendimentos e progressos alcançados.

3.8. É vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia do GSAU-GW.

3.9. A aquisição de medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo) é de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal, assim como, dieta enteral industrializada e /ou suplementos nutricionais.

3.10. Excluem-se dos critérios de elegibilidade para assistência domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos, o domicílio sem estrutura mínima, e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

3.11. Caso exista a necessidade de um Cuidador, a família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, cujas despesas e encargos trabalhistas, se houver, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal.

3.12. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia do GSAU-GW.

3.13. Sendo a assistência domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica, e medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo), necessários ao atendimento ao paciente.

3.14. Devem ser autorizadas visitas do domicílio e do paciente por auditores do GSAU-GW, sempre que este considerar necessário.

3.15. O beneficiário e/ou seu representante legal devem manter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da assistência domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente.

4. ÍNDICES E VALORES

4.1. Procedimentos Médicos

4.1.1. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Comple-

mentares serão pagos de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014) como referencial com deflator de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta.

4.1.2. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

4.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
60034475	24 HORAS	R\$ 637,64
60034467	12 HORAS	R\$ 308,55
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR (INTERNAÇÃO E ASSISTÊNCIA)		
24 horas inclui:		
1) Apoio serviço social – Integral;		
2) Avaliação e validação da residência;		
3) Avaliação inicial do paciente no hospital ou residência;		
4) Call Center – 24 horas por dia;		
5) Coleta de exames laboratoriais em residência – conforme necessidade ;		
6) Concentrador de oxigênio com cilindro de qualquer tamanho e carrinho para O2;		
7) Conjunto de oxigenioterapia por cateter;		
8) Curativos quantas vezes forem necessárias;		
9) Equipamento de proteção individual;		
10) Kit sinais vitais;		
11) Mala de assistência à parada cardiorrespiratória;		
12) Equipamentos:		
AMBU;		
Aspirador de secreções;		
Bomba de infusão;		
Cadeira de rodas e higiênica de qualquer modelo e tamanho;		
Cama hospitalar ou elétrica de qualquer modelo e tamanho;		
Cilindros de oxigênio de qualquer tamanho e recargas se necessário (inclusos itens necessários para instalação como adaptador de tomada dupla com válvula e etc);		
Colchão convencional e/ou de qualquer tipo;		
Escada de dois degraus;		
Esfigmomanômetro;		
Inalador/ aparelho nebulizador e materiais necessários para o funcionamento;		
Oxímetro de pulso;		
Suporte de soro;		
CPAP/ BIPAP e materiais necessários para o funcionamento (incluso máscaras faciais e conexões)		

- 13) Orientações aos familiares e identificação dos cuidados;
- 14) Relatórios técnicos semanais (multiprofissionais);
- 15) Remoção inicial (hospital e domicílio);
- 16) Respirador (ventilador) e circuitos (prescrito pelo médico);
- 17) Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 05 vezes por semana;
- 18) Sessão de fonoaudiologia – 03 vezes por semana;
- 19) Técnico de enfermagem – 24 horas por dia;
- 20) Sessão de terapia ocupacional – até 02 vezes por semana;
- 21) Visita de enfermeira – 01 vez por semana;
- 22) Visita do nutricionista – até 02 vezes ao mês;
- 23) Visita do psicólogo – até 02 vezes por semana;
- 24) Visita médica – 01 vez por semana;
- 25) Visita do estomoterapeuta – até 02 vezes ao mês;

12 horas inclui:

- a) Tudo que está previsto do item 1 até item 16 das 24 horas citados acima e;
- b) Técnico de enfermagem – 12 horas por dia;
- c) Sessão de terapia ocupacional – 01 vez por semana;
- d) Visita da enfermeira – 03 vezes ao mês;
- e) Sessão de fisioterapia motora/respiratória – até 05 vezes por semana;
- f) Sessão de fonoaudiologia – 02 vezes por semana;
- g) Visita do psicólogo – até 01 vezes ao mês;
- h) Visita médica – 02 vezes ao mês;
- i) Visita do estomoterapeuta – até 02 vezes ao mês;
- j) Visita do nutricionista – 01 vez ao mês;

**TAXA DE EQUIPAMENTOS EXCLUSIVAMENTE PARA:
PACIENTES SEM SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
	AMBÚ ADULTO COMPLETO	POR DIA	R\$ 3,12
	AMBÚ PEDIÁTRICO COMPLETO	POR DIA	R\$ 2,75
	AMBÚ NEONATAL PEDIÁTRICO	POR DIA	R\$ 2,75
	APARELHO DE PRESSÃO ADULTO	POR DIA	R\$ 1,73
	APARELHO DE PRESSÃO INFANTIL	POR DIA	R\$ 1,76
	APARELHO DE PRESSÃO NEONATAL	POR DIA	R\$ 2,18
	APARELHO DE PRESSÃO OBESO	POR DIA	R\$ 2,26
	ANDADOR ARTICULADO	POR DIA	R\$ 3,21
60025220	ASPIRADOR ELÉTRICO DE SECREÇÕES	POR DIA	R\$ 6,16
	ASSENTO HIGIÊNICO (INCLUSIVE OBESO)	POR DIA	R\$ 3,06
	BALANÇA DIGITAL ADULTO	POR DIA	R\$ 7,76
	BALANÇA DIGITAL PEDIÁTRICA	POR DIA	R\$ 9,43

60025328	BENGALA 4 PONTAS	POR DIA	R\$ 4,15
	BERÇO ACRÍLICO NEONATAL	POR DIA	R\$ 3,09
	BERÇO COM COLCHÃO E GRADES	POR DIA	R\$ 7,71
60025662	BOMBA DE INFUSÃO DE DIETA	POR DIA	R\$ 16,40
60025689	BOMBA DE INFUSÃO DE MEDICAMENTO	POR DIA	R\$ 16,90
60025964	CADEIRA DE RODAS NORMAL	POR DIA	R\$ 6,05
	CADEIRA DE RODAS DOBRÁVEL	POR DIA	R\$ 6,79
	CADEIRA DE RODAS PARA OBESO	POR DIA	R\$ 7,42
60025972	CADEIRA HIGIÊNICA SIMPLES	POR DIA	R\$ 4,88
	CADEIRA HIGIÊNICA PARA OBESO	POR DIA	R\$ 5,74
60026111	CAMA HOSPITALAR MANUAL COM COLCHÃO E GRADES (1,90CM)	POR DIA	R\$ 9,35
60026146	CAMA HOSPITALAR MANUAL COM COLCHÃO E GRADES (2,10CM)	POR DIA	R\$ 8,00
60026120	CAMA MOTORIZADA 5 MOVIMENTOS (1,90CM)	POR DIA	R\$ 14,00
60026138	CAMA MOTORIZADA 5 MOVIMENTOS (2,10CM)	POR DIA	R\$ 14,50
	KIT MACRONEBULIZAÇÃO (Troca a cada 72 horas)	POR DIA	R\$ 88,06
	CATETER DE OXIGÊNIO (Troca a cada 72 horas)	POR DIA	R\$ 30,00
60030313	CAPNÓGRAFO	POR USO	R\$ 60,23
	CARRINHO PARA TRANSPORTE DE CILINDRO DE OXIGÊNIO	POR USO	R\$ 4,45
60034491	CILINDRO DE OXIGÊNIO 1 M3 (PPU 1.000L)	POR USO	R\$ 2,67
60034483	CILINDRO DE OXIGÊNIO 10M3 (PPU 10.000L)	POR USO	R\$ 2,67
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 3,5M3 (PPU 3.500L)	POR USO	R\$ 2,67
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3 (PPU 4.000L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 6 M3 (PPU 6.200L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 7 M3 (PPU 7.000L)	POR USO	R\$ 3,00
	CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3 (PPU 8.000L)	POR USO	R\$ 2,72
60026332	COLCHÃO DE AR COM PRESSÃO VARIÁVEL	POR USO	R\$ 7,00
60026340	COLCHÃO PNEUMÁTICO COM COMPRESSOR	POR USO	R\$ 10,31
	COLCHÃO HOSPITALAR PADRÃO	POR USO	R\$ 3,13
	COLCHÃO HOSPITALAR GRANDE	POR USO	R\$ 3,33
	COLETA DE EXAMES	POR USO	R\$ 130,00
	CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO	POR DIA	R\$ 20,00
	COPO UMIDIFICADOR	MENSAL	R\$ 4,20
	ESCADA DE 2 DEGRAUS	POR USO	R\$ 2,75
	EXTENSÃO DE ASPIRADOR (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 15,92
	EXTENSÃO DE OXIGÊNIO (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 13,65
60026910	FLUXÔMETRO	POR USO	R\$ 3,58
	GERADOR DE ENERGIA	POR USO	R\$ 48,12
	KIT INALAÇÃO (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 52,27
	KIT DE ASPIRAÇÃO A VÁCUO	POR USO	R\$ 19,55
	MÁSCARA PARA NEBULIZAÇÃO ADULTO	POR DIA	R\$ 15,45
	MÁSCARA PARA NEBULIZAÇÃO INFANTIL	POR DIA	R\$ 15,90
	MÁSCARA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO	POR DIA	R\$ 47,01
	MÁSCARA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL	POR DIA	R\$ 47,16
	MESA DE REFEIÇÃO	POR DIA	R\$ 9,91
60029188	MONITOR CARDÍACO	POR DIA	R\$ 88,38
60029994	MONITOR DE APNÉIA	POR DIA	R\$ 60,68
	MONITOR DE GLICEMIA	POR DIA	R\$ 15,20
	MULETA CANADENSE	POR DIA	R\$ 4,60
	MULETA AXILAR	POR DIA	R\$ 5,60
60034513	NOBREAK ESTABILIZADOR DE ENERGIA	POR DIA	R\$ 9,57
60031719	OXÍMETRO ADULTO COM ALARME	POR DIA	R\$ 10,91

60031760	OXÍMETRO INFANTIL COM ALARME	POR DIA	R\$ 13,00
60031778	OXÍMETRO NEONATAL COM ALARME	POR DIA	R\$ 13,73
	OXÍMETRO PORTÁTIL	POR DIA	R\$ 9,37
60031433	OXICAPNÓGRAFO	POR DIA	R\$ 197,77
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 1 M3	POR USO	R\$ 96,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 10M3	POR USO	R\$ 325,00
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 3,5M3	POR USO	R\$ 146,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 4 M3	POR USO	R\$ 156,67
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 6 M3	POR USO	R\$ 200,00
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 7 M3	POR USO	R\$ 218,33
	RECARGA CILINDRO DE OXIGÊNIO 8 M3	POR USO	R\$ 255,00
	RESPIRADOR CPAP	POR DIA	R\$ 38,00
	RESPIRADOR BIPAP BREAS PV 101	POR DIA	R\$ 48,00
	RESPIRADOR	POR DIA	R\$ 85,59
60028041	SUPORTE DE SORO FIXO	POR DIA	R\$ 1,87
	SUPORTE DE SORO MÓVEL	POR DIA	R\$ 2,87
	SUPORTE PARA BOMBA DE INFUSÃO	POR DIA	R\$ 5,75
	TUBO T (Troca a cada 72 horas)	POR USO	R\$ 66,97
	LANCETADOR	POR USO	R\$ 18,87
	UMIDIFICADOR PARA OXIGÊNIO	POR DIA	R\$ 24,15
	SONDAGEM VESICAL DE DEMORA	POR USO	R\$ 202,06
	SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO	POR USO	R\$ 159,96
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA	POR USO	R\$ 174,07
	SONDAGEM NASOENTERAL (Material + Raio-X)	POR USO	R\$ 339,38

TABELA DE HONORÁRIOS		
MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10102027	CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	CBHPM 2014

NUTRICIONISTA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000578	1º ATENDIMENTO DOMICILIAR	R\$ 163,33
50000578	ATENDIMENTO DOMICILIAR SUBSEQUENTE	R\$ 140,00

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA

1. Observações para autorização:

1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar.

1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

1.4. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

1.4.1. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

1.4.2. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);

1.4.3. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m2);

1.4.4. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

1.4.5. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25

kg/m2) com mais de 16 anos;

1.5. Pacientes ostomizados;

1.6. Após cirurgia gastrointestinal;

1.7. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

1.8. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000624	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 175,40
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA		
1. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;		
2. O paciente terá direito a vinte e quatro consultas/sessões, por ano , quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:		
a) Taquifemia (CID F98.6);		
b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);		
c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);		
d) Pacientes com transtornos hiper cinéticos – TDAH (CID F90);		
e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);		
f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);		
g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);		
h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);		
i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);		
j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).		
2. O paciente terá direito a quarenta e oito consultas/sessões, por ano , quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:		
a) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);		
b) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);		
c) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);		
d) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);		
e) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);		
f) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;		

g) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Portadores de Implante Coclear;
- b) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Acorada no Osso;
- c) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);
- d) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

PSICOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000470	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 140,56
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA		
1. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).		
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.		
3. O paciente terá direito a doze consultas por ano , quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: (conforme CID)		
a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
b) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
c) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
d) Pacientes ostomizados e estomizados.		
e) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento;		
4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, a seguir:		
a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);		
b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);		
c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);		
d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);		
e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39).		

5. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.

TERAPIA OCUPACIONAL		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000098	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 173,33
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL		
1. Para os serviços de terapia ocupacional será utilizada a tabela do Referencial de Custos, após solicitação do oficial militar.		
2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.		
3. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:		
a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);		
b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);		
c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);		
d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);		
e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 a M99).		

FISIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000241	SESSÃO DOMICILIAR	R\$ 104,00
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
1. Para os serviços de FISIOTERAPIA AMBULATORIAL será utilizada esta tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:		
a) O encaminhamento será feito por oficial médico;		
b) Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável; e		
c) Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.		

HONORÁRIOS MULTIDISCIPLINAR – ATENÇÃO DOMICILIAR		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000683	ASSISTENTE SOCIAL (Visita quando indicado pelo médico)	R\$ 118,33
50000535	ENFERMEIRO ESTOMA TERAPEUTA	R\$ 181,67
50000535	ENFERMEIRO DOMICILIAR	R\$ 185,00
50000535	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR	R\$ 150,00

5. INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

5.1. Entende-se por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania. (Resolução de Diretoria Colegiada- RDC n 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA).

5.2. As instituições só serão credenciadas se atenderem as condições gerais, processos operacionais para funcionamento, que estão amplamente definidas, respectivamente no item 4 e 5 da RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA, amparo legal.

5.3. Segundo a Lei nº 10.741, [de 1º de outubro de 2003](#) que instituiu o Estatuto do Idoso, art. 37. “O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

“§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.”

5.4. São considerados elegíveis para internações de longa permanência em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) credenciada, os beneficiários que apresentem quadros crônicos que necessitem de assistência especializada e incompatíveis com a permanência na residência ou em OSA, conforme relatório social (formulário anexo K), e Ordem Técnica nº 03/DIRSA/2017, de 11 de abril de 2017.

5.5. Serão amparados pelo SISAU, na assistência em ILPI, os beneficiários do FUNSA que não possuam familiar, e que necessitem de ILPI de acordo com os graus de dependência do Idoso, descritos a seguir:

a Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda (bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeiras de rodas);

b Grau de Dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

5.6. O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que o GSAU-GW não disponha de condições para a realização de internação para pacientes crônicos ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da solicitação de Internação pela SARAM.

5.7. A internação será feita por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pelo GSAU-GW, com validade equivalente ao período de execução dos serviços.

5.8. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias.

5.9. A instituição de ILPI obrigatoriamente deverá enviar até o 20º do mês, relatório sobre o beneficiário assistido para que seja elaborada a autorização de prorrogação para o serviço prestado no mês seguinte. Relatórios técnicos mensais (multiprofissionais).

5.10. Os beneficiários assistidos em ILPI, serão visitados por equipe médica do GSAU-GW, mensalmente, com o objetivo de avaliar o relatório de prorrogação encaminhado pelo prestador.

5.11. A internação de longa permanência cessará nos seguintes casos:

- a) mudança para internação hospitalar no caso de intercorrência clínica, assistência domiciliar ou internação domiciliar;
- b) não adesão à Instituição, pelo paciente; e,
- c) óbito.

5.12. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feita pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

5.13. Para a utilização de materiais, medicamentos e dietas enterais industrializadas, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria do GSAU- GW, funsa.esgw@fab.mil.br.

5.14. São de responsabilidade da família/responsável legal/tutor, a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene, aquisição e/ou locação de: medicação profilática e de uso contínuo (anti- hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.), tiras e aparelho de glicemia capilar, lancetas, pomadas preventivas e hidratantes, produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis, andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, colchão caixa de ovo, nebulizador, termômetro, oxímetro, CPAP e BIPAP.

5.15. Itens inclusos exclusivamente para os idosos com grau de **Dependência III:**

- a Sessão/atendimento na(s) especialidade(s) autorizadas pelo GSAU-GW: para Fonoaudiologia e Fisioterapia;
- b Supervisão de Enfermagem 24 h;
- c Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32); medicamentos (soro fisiológico, soro glicosado, água destilada e demais diluentes); e qualquer dispositivo de segurança para profissional do credenciado;
- d Procedimentos: Curativos quantas vezes for necessário;
- e Remoção inicial (hospital e ILPI).

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS		
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR EDITAL 2022 + 10%
01	Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.	R\$ 4.372,50
02	Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda	R\$ 4,372,50
03	Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada	R\$ 4.757,50
04	Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.	R\$ 4.757,50

6. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

6.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

6.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

7.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

7.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

7.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenci-

ais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

7.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

6.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

7.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileiro de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

7.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

7.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, na qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

VALORES DE PORTE – CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46

4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

8.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

8.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

8.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chui de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

8.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda, e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

9. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

9.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

9.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

9.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radiimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

9.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

10. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TAXA DE COMPENSAÇÃO PELA MANUTENÇÃO DE ESTOQUE

10.1. Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e os demais custos relacionados.

10.2. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal para OPME e Medicamentos oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

11. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

11.1. Para materiais será utilizada a tabela SIMPRO que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

11.2. Os materiais serão consultados na tabela a SIMPRO, em vigor no período do

atendimento/internação, e quando não encontrados a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para melhor conferência, aplicando-se um deflator de 20%.

11.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

11.4. O material médico cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

11.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.6. LÂMINA DE SHAIVER (no caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral), desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança, estará sujeito a glosa casos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

11.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

12. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

12.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (**OPME**) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

12.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três). (Conforme Anexo 1).

12.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

12.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da

empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação com número, de forma a confirmar sua utilização, além de nota fiscal de todos os materiais a serem utilizados.

12.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 1).

12.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/ emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

12.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

12.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

12.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

12.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$ 500,00 (quinhentos reais), não sendo necessária a solicitação de autorização prévia para valores inferiores.

12.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

12.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

12.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

12.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

13. MATERIAIS REPROCESSADOS

13.1. Para a utilização de material reprocessado, deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

13.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente se as

duas condições a seguir não forem evidenciadas:

13.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

13.4. A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

13.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remurada 1/3 do valor constante na tabela SIMPRO.

14. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

14.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- a) Absorvente higiênico;
- b) Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
- c) Água oxigenada;
- d) Algodão;
- e) Aquecedor e manta térmica;
- f) Bacia plástica;
- g) “Band-aid” ou curativos similares;
- h) Bandeja para raquianestesia;
- i) Bisturi descartável;
- j) Blood stop e equivalentes;
- k) Blusas descartáveis;
- l) Bolsa de água quente;
- m) “Bom ar” ou produtos similares;
- n) Bomba para ordenha;
- o) Borracha de silicone;
- p) Cabo bipolar;
- q) Cadeira de apoio para banho;
- r) Calçados ortopédicos;
- s) Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterilizável;
- t) Caneta para bisturi descartável;
- u) Cânula de Guedel;
- v) Capa de vídeo;
- w) Capa para microscópio;
- x) Cinta lombar;
- y) Colete lombar;

- z) Colchão de quaisquer tipo (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
- aa) Compressa cirúrgica;
- ab) Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- ac) Copo descartável;
- ad) Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- ae) Creme dental;
- af) Chuca/chupeta;
- ag) Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
- ah) Despesa de frigobar;
- ai) Dispositivo anti-trombolítico;
- aj) Eletrodos (exames e monitorização)
- ak) Escova de degermação;
- al) Escova de dente;
- am) Espéculo descartável;
- an) Esponja para banho;
- ao) Estabilizador de tornozelo;
- ap) Éter benzina e tintura de iodo;
- aq) Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- ar) Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- as) Faixa elástica pós-operatória;
- at) Filme endoscópio;
- au) Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- av) Fitas de vídeo e CD, DVD;
- aw) Fixador de sonda;
- ax) Fixador de tubo traqueal;
- ay) Fixador externo (ortopedia);
- az) Formol;
- ba) Fralda descartável;
- bb) Frascos para exame;
- bc) Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico)
- bd) Gaze radiopaca;
- be) Gaze não estéril;
- bf) Gel para biométrica;
- bg) Gerador de tecnécio;
- bh) Gesso sintético;
- bi) Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
- bj) Imobilizador;
- bk) Instrumento para tricotomia e barbear;

- bl) Lençol descartável;
- bm) Lenço umedecido;
- bn) Luva para aparelho de laparoscopia;
- bo) Luva de procedimento;
- bp) Loções hidratantes;
- bq) Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
- br) Manteiga de cacau;
- bs) Máscara laríngea;
- bt) Material de banho do RN;
- bu) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
- bv) Mercúrio de prata;
- bw) Micro por espaçador;
- bx) Muletas;
- by) Pasta gel;
- bz) Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
- ca) Papel higiênico;
- cb) Pijama descartável;
- cc) Pulseira de identificação;
- cd) Protetor labial e auricular;
- ce) Redutor trocáter;
- cf) Sabonete;
- cg) Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
- ch) Sensor infantil neonatal;
- ci) Sensor para oxímetro;
- cj) Talco;
- ck) Tampa cone Luer;
- cl) Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
- cm) Tapoin;
- cn) Termômetros;
- co) Tipóias;
- cp) Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética.
- cq) Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	Brasíndice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasíndice	Brasíndice PMC	Brasíndice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

ANEXO 1 - NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE				
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR			SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?				
O domicílio é livre de risco?				
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?				
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.				
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR				
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDEMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS
	24 HORAS	12 HORAS		
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.				
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR				
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO	
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3 POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTOAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL	
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES	
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA	
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICAS LESÕES COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS	
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE	
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO	
PONTUAÇÃO FINAL:				
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas		De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)		18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasopentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES		INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)		DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)	
BANHAR-SE		BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.	
VESTIR-SE		PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.	
IR AO BANHEIRO		DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.	
TRANSFERÊNCIA		SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.	
CONTINÊNCIA		TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.	
ALIMENTAÇÃO		LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.	
PONTUAÇÃO KATZ:					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6		INDEPENDENTE		3 OU 4	
				DEPENDÊNCIA PARCIAL	
				< 2	
				DEPENDENTE TOTAL	

Assinatura e Carimbo

Data

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco

para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
 - ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
 - iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
- c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
- d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO 2 – GAB

Comando da Aeronáutica Comando Geral de Pessoal Diretoria de Saúde ES-GW	GUIA DE APRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIO GAB	Número: GAB2021/ES-GW/00000 Data:
Ao:		CPF/CNPJ:
Endereço:		Telefone:

Apresento a V. Sa. o Beneficiário a seguir identificado para ser submetido ao(s) seguinte(s) exame(s)/Tratamento(s)

Nome do beneficiário:		SARAM:	
Grau de dependencia:	CPF:	Urgente:	Internação:
Nome do Titular:			
Posto/Graduação/Cat:	CPF:	Unidade:	

Especificações:	

Observações
 Não cobrar indenização ao Paciente

Autorizo o(s) exames/tratamento(s) acima especificado(s)	Certifico que o(s) exame(s)/tratamento(s) acima especificado(s) foi(oram) realizado(s), conforme especificado nesta GAB
--	---

Assinatura do Comandante ou Diretor	Assinatura do responsável pelo paciente / Paciente
-------------------------------------	--

Esta guia tem validade de 30 dias a contar da data de emissão