

TERAPIA OCUPACIONAL:

Procedimentos	Valor
Avaliação inicial e anamnese (em consultório)	R\$ 62,50
Sessão de terapia ocupacional individual (em consultório)	R\$ 55,00
Sessão de terapia ocupacional (domiciliar)	R\$ 80,00

DIÁRIAS:

1.35. DEFINIÇÕES:

- 1.35.1. **DIÁRIA HOSPITALAR:** É a permanência de um paciente por um período acima de 12 e até 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados como meia diária. Caso tenha sido liberado uma diária hospitalar e o paciente ficou por um período menor que 12 horas e seja cobrado hospital dia ou meia diária, não é necessário solicitar uma nova liberação, pois a troca será justificada na auditoria *in loco*.
- 1.35.2. Alta após as 14:00 horas: deve constar a justificativa para a alta ocorrer à tarde, por exemplo: término de administração de medicamento endovenoso - antibioticoterapia.
- 1.35.3. **HOSPITAL-DIA:** É uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período mínimo de 06 horas e máximo de 12 horas (Portaria nº 44/GM/2001 do Ministério da Saúde). Na assistência em Saúde Mental, o Hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente (Portaria nº 224/MS). Serão beneficiados pelo Hospital-dia, os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida e biópsia), mas que apresentam condições clínicas de permanecer em casa.

COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS:

- 1.35.4. **DIÁRIAS NORMAIS:** Internações clínicas ou cirúrgicas em quarto privativo (apartamento *standard*), enfermaria, alojamento conjunto e hospital-dia. No valor da diária estão incluídas as instalações físicas (quarto, banheiro e ambientes de apoio); leito próprio (cama ou berço) com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; serviços e cuidados de enfermagem (incluindo todas as técnicas de enfermagem); rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; lavagem e esterilização de materiais e instrumentais; dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais – por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia); assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; equipamentos necessários ao atendimento do

paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc.); EPI, orientação nutricional no momento da alta; limpeza e desinfecção ambiental; equipamento de proteção individual e taxas administrativas do prestador.

- 1.35.5. O valor da diária normal **NÃO COMPREENDE**: Materiais e medicamentos utilizados na assistência ao paciente, utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico, honorários médicos e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT).
- 1.35.6. Caso o paciente seja transferido para berçário ou unidade especial (UTI e UTI pediátrica ou neonatal), o quarto da unidade de internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente decidam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao prestador dos serviços de saúde (Anexo VI).

DIÁRIAS ESPECIAIS:

- 1.35.7. Berçário: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais e também leito próprio (incubadora, berço e berço aquecido) além da orientação nutricional durante a internação e no momento da alta.
- 1.35.8. Berçário Patológico: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Berçário e tratamento por fototerapia.
- 1.35.9. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais e leito próprio (comum ou especial), desfibrilador ou cardioversor, bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspirador a vácuo, monitor cardíaco, respirador e capnógrafo.
- 1.35.10. UTI Pediátrica ou Neonatal: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais, todos os itens descritos em Berçário Patológico e todos os itens descritos em Unidade de Terapia Intensiva;
- 1.35.11. NÃO estão incluídos na composição das Diárias Especiais: Materiais e medicamentos utilizados na assistência ao paciente, utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico, honorários médicos e SADT.
- 1.35.12. **TAXA DE ISOLAMENTO**: A taxa de isolamento será paga mediante a comprovação da indicação do isolamento pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição credenciada e a verificação dos resultados das culturas de vigilância e rastreio.

VALORES:

Quarto privativo (apartamento <i>standard</i>)	R\$ 457,28
Enfermaria	R\$ 253,52
Berçário	R\$ 157,26
Berçário Patológico	R\$ 280,82
Apartamento com alojamento conjunto (pediatria/obstetrícia)	R\$ 483,00
Enfermaria com alojamento conjunto (pediatria/obstetrícia)	R\$ 359,45
Hospital-dia	R\$ 248,69

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	R\$ 950,79
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica ou Neonatal	R\$ 1.053,00
Taxa de isolamento – UTI	R\$ 67,96
Taxa de isolamento – Enfermaria ou Apartamento	R\$ 57,20

ACOMODAÇÕES – DEFINIÇÕES:

- 1.36. Quarto Privativo (apartamento *standard*): composto por apartamento com acomodação para o acompanhante, banheiro privativo e, quando em alojamento conjunto, também para o recém-nascido no quarto da mãe.
- 1.37. Alojamento Conjunto (pediatria/obstetrícia): composto por quarto com acomodação para o acompanhante, banheiro privativo e, quando em alojamento conjunto, também para o recém-nascido no quarto da mãe.
- 1.38. Berçário: quarto com berço comum para recém-nascido (mãe internada).
- 1.39. Berçário Patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (berço aquecido e fototerapia) (mãe internada ou não).
- 1.40. Enfermaria: composto por quarto coletivo para 02 ou mais pacientes, com ou sem acomodação para o acompanhante e com banheiro de uso comum.
- 1.41. Hospital-dia: acomodação de pacientes para cirurgias de pequeno ou médio porte e/ou procedimentos diagnósticos, com permanência mínima de 06 horas e máxima de 12 horas no prestador credenciado, não correspondente a uma diária normal.
- 1.42. Unidade de Terapia Intensiva: acomodação com instalações para mais de um paciente em tratamento intensivo e presença médica permanente.

TAXAS DE SALAS

- 1.43. DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO: Não está prevista a cobrança em duplicidade, devendo ser optado pela taxa referente ao tempo de cirurgia, conforme tabela do item 16.2.
- 1.44. TAXAS DE SALAS CIRÚRGICAS OU OBSTÉTRICAS (DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO):

Sala Cirúrgica Porte 1 (até 1 hora)	R\$ 320,00
Sala Cirúrgica Porte 2 (de 1 a 2 horas)	R\$ 600,00
Sala Cirúrgica Porte 3 (de 2 a 3 horas)	R\$ 900,00
Sala Cirúrgica Porte 4 (de 3 a 4 horas)	R\$ 1.150,00
Sala Cirúrgica Porte 5 (de 4 a 5 horas)	R\$ 1.400,00
Sala Cirúrgica Porte 6 (de 5 a 6 horas)	R\$ 1.650,00
Sala Cirúrgica Porte 7 (acima de 6 horas)	R\$ 1.900,00
Sala de Recuperação pós-anestésica	R\$ 45,00

- 1.45. Não deverá ser somada mais uma hora, quando forem usadas frações menores que 15 minutos.
- 1.46. DEFINIÇÕES DAS TAXAS DE SALAS CIRÚRGICAS OU OBSTÉTRICAS: A taxa de sala será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da tabela CBHPM, estabelecido pelo tempo de duração do procedimento e com base nas anotações em sala (cirurgião e anesthesiologista).
- 1.46.1. Compreende: Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais e instrumentação eventual), rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização de materiais e equipamentos; todos os equipamentos e instrumentais necessários à cirurgia; aspirador elétrico ou a vácuo, cardioversor e/ou desfibrilador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, bisturi elétrico, respirador, aparelho de anestesia, taxa de instalação de oxigênio, capnógrafo, mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do recém-nascido (RN), cuidados de higiene do RN, assepsia e antissepsia (equipe e paciente) - inclusive antissépticos e materiais, instalações físicas (sala e ambientes de apoio), limpeza e desinfecção ambiental.
- 1.46.2. Não compreende: Medicamentos, gases anestésicos, ar comprimido e oxigênio; equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; honorários médicos e SADT.
- 1.47. DEFINIÇÃO DA TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (REPAI):
- 1.47.1. Compreende: Leito para a recuperação, serviços de enfermagem, limpeza e desinfecção ambiental, assepsia e antissepsia da equipe (inclusive materiais e antissépticos), rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização de materiais e equipamentos, instalações físicas (sala para recuperação e ambientes de apoio), todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente (oxímetro de pulso, aspirador a vácuo ou elétrico, monitor cardíaco, desfibrilador e/ou cardioversor; equipamentos de proteção individual).
- 1.47.2. Não compreende: Medicamentos, gases anestésicos e oxigênio, equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima, honorários médicos e SADT.
- 1.47.3. O valor dessa taxa não será pago quando o paciente for transferido para Unidade de Terapia Intensiva no período pós-operatório.
- 1.47.4. Apresentar comprovação com prescrição médica no caso de administração de medicação, oxigenoterapia e ficha da REPAI.

TAXAS DE SALAS AMBULATORIAIS (FORA DO CENTRO CIRÚRGICO):

Sala de gesso e/ou curativo (por uso)	R\$ 40,00
Sala de observação em pronto-socorro adulto (até 06 horas e com justificativa)	R\$ 45,00
Sala de observação em pronto-socorro pediátrico (até 06 horas e com justificativa)	R\$ 80,00
Sala de pequenas cirurgias e procedimentos (por uso)	R\$ 65,00
Sala de reanimação e/ou emergência	R\$ 65,00
Sala de endoscopia/colonoscopia	R\$ 70,00
Sala de hemodinâmica e/ou radiologia intervencionista	R\$ 600,00
Sala de quimioterapia e/ou hemodiálise	R\$ 45,00

- 1.48. Pagamento de taxas mediante justificativa/comprovação, prescrição com checagem e evoluções.

DEFINIÇÕES DAS TAXAS DE SALAS AMBULATORIAIS:

- 1.49. Sala de observação em pronto-socorro adulto ou pediátrico: Destinada aos pacientes que necessitem permanecer por até 06 horas em observação médica.
- 1.49.1. Compreende: Instalações físicas (sala para atendimento indiferenciado e ambientes de apoio), limpeza e desinfecção ambiental, rouparia (permanente ou descartável), serviço de enfermagem, assepsia e antissepsia (equipe e paciente) - inclusive materiais e antissépticos, leito para permanência em observação e todos os equipamentos necessários para o atendimento ao paciente.
- 1.49.2. Não será remunerada a taxa de sala de observação para pacientes que são internados.
- 1.50. Sala de pequenas cirurgias e procedimentos: Destinada aos pequenos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório.
- 1.50.1. Compreende: Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 18.1.1
- 1.50.2. Não compreende: Materiais descartáveis, medicamentos, gases anestésicos e oxigênio, equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima, honorários médicos e SADT.
- 1.51. Sala de gesso e/ou curativo: Destinada à confecção de gesso e/ou curativo em ambulatório.
- 1.51.1. Compreende: Todos os itens da taxa de sala de observação em 18.1.1 e acrescido de serra para gesso.
- 1.51.2. Não será pago taxa para retirada de aparelho gessado.
- 1.52. Sala de quimioterapia e/ou hemodiálise: Destinada à realização de quimioterapia e/ou hemodiálise.
- 1.52.1. Compreende: Todos os itens da sala de observação descritos em 18.1.1, acrescido de capela de fluxo laminar, equipamentos necessários à quimioterapia ou hemodiálise e leito/poltrona.

- 1.53. Sala de hemodinâmica e/ou radiologia intervencionista: Destinada à realização de procedimento de hemodinâmica e radiologia intervencionista (exames invasivos tais como cateterismo cardíaco e angioplastias).
- 1.53.1. Compreende: Todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 18.1.1, equipamentos referentes aos procedimentos, desfibrilador ou cardioversor, equipamentos e instrumental cirúrgico, equipamentos e instrumental para anestesia, equipamentos para monitorização, assepsia e antisepsia da equipe e paciente.
- 1.54. Sala de reanimação e/ou emergência: Destinada à assistência do paciente com agravo à saúde que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, necessitando de atendimento imediato e utilizando-se de técnicas avançadas de assistência.
- 1.54.1. Compreende: Instalação da sala, serviços de enfermagem do procedimento, equipamento/instrumental cirúrgico, equipamentos ou instrumental de anestesia, equipamentos de monitorização, equipamentos ou instrumental de ressuscitação cardíaca e intubação, equipamentos ou instrumental para ventilação manual, desfibrilador, cardioversor e capnógrafo, assepsia e antisepsia da equipe.
- 1.55. Sala de endoscopia/colonoscopia: Destinada aos procedimentos de endoscopia digestiva e colonoscopia tanto diagnóstica quanto intervencionista.
- 1.55.1. Compreende: todos os itens da taxa de sala de observação descritos em 18.1.1, assepsia e antisepsia da equipe e paciente (inclusive materiais e antissépticos), leito para observação, todos os equipamentos específicos necessários ao atendimento do paciente.
- 1.55.2. Não compreende: Materiais de consumo, gases anestésicos, oxigênio e honorários médicos.
- 1.55.3. Não procede a cobrança dessa taxa juntamente com a taxa de sala ou de vídeo. Para casos de endoscopia/colonoscopia será remunerado apenas essa taxa.

1.56. Taxas de Utilização de Equipamentos

- 1.56.1. Serão remunerados conforme a tabela apresentada abaixo. Para os equipamentos não relacionados, será pago conforme a Unidade de Custo Operacional – UCO prevista para o procedimento na CBHPM.

1.57.3 Consumo médio por paciente/hora e remunerado conforme segue, em todas as unidades de internação, desde que esteja prescrito pelo médico com o modo e litragem, checado pela equipe de enfermagem e relatado o uso nas evoluções/anotações.

1.58. Inalação

1.58.1. Utilização de oxigênio ou ar comprimido em máscara, mensurado por hora. Os serviços de enfermagem da inalação estão inclusos nas diárias e os materiais, medicamentos e soluções, inclusos na taxa de inalação.

1.59. Curativos Especiais

1.59.1. Os curativos especiais serão remunerados mediante: autorização pela auditoria prospectiva FUNSA, avaliação dos registros em prontuários na auditoria que devem constar evolução acompanhamento da ferida pelo estomaterapeuta, evolução do curativo realizado conforme o plano tratamento, evolução das trocas e prescrição dos materiais.

1.59.2. Assistência domiciliar será remunerada conforme liberação do Funsu, os valores para atendimentos serão:

Descrição	Valor
Consulta Médica	R\$ 250,00
Consulta de Enfermagem	R\$ 80,00
Atendimento de fisioterapia	R\$ 70,00
Atendimento de nutricionista	R\$ 70,00
Atendimento de fonoaudiologia	R\$ 70,00
Atendimento de psicologia	R\$ 70,00
Atendimento de terapia ocupacional	R\$ 70,00
Atendimento de estomaterapeuta	R\$ 90,00
Procedimento até 1h	R\$ 35,00
Procedimento até 2h	R\$ 45,00
Procedimento até 3h	R\$ 55,00

ETERMINAÇÕES SOBRE DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

Material	Determinação
Água destilada para respiradores	Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
Aspiração traqueal	Será pago de 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.
Atadura de crepon	Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
Bolsa coletora de urina sistema fechado	Será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
Bolsa de Colostomia de Karaya	Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
Bolsa de Colostomia Plástico	Será pago 03 (três) por dia.
Bolsa Descartável Enteral/Parenteral	Pagamento integral.
Cânula de Traqueostomia	Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
Cateter de Oxigênio	Será pago 01 (um) por internação.
Cateter Heparinizado ou Salinizado	Será pago mediante prescrição 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF ou 0.2 ml de heparina.
Coletor de Sistema Aberto	Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias.
Coletor de Urina tipo Camisinha	Será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem.
Eletrodo Descartável	Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
Equipos	Infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
Fio Guia Nº 0.10 / 0.14 / 0.18:	Será pago valor integral.
Equipo de infusão de Dietas Enterais	Será pago a cada 24 (vinte e quatro) horas.
Equipo de infusão de Drogas e Soroterapias	Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas e para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.
Equipo de infusão de Drogas Fotossensíveis	Será pago por droga/soro aplicada/dia utilizado.
Jelco e Scalps	Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
Luva Estéril	Será pago somente para procedimento estéril.
Sonda Nasogástrica	Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
Sonda Nasoentérica	Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
Tubo traqueal descartável	Pagamento integral.
Observação: Mediante justificativa médica, os fracionamentos poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.	

1.61. Hemodiálise

1.61.1.	Contemplam taxas, material e honorários médicos.	R\$ 430,72
	Hemodiálise crônica por sessão	
	Hemodiálise aguda por sessão	R\$ 1.450,00

1.62.

Procedimentos Cirúrgicos

Inclui material, medicação e taxas.

1.63.	Cateterismo Cardíaco (mat med, OPME e HM)	R\$ 3.261,07
-------	--	--------------

Exames

Inclui material, medicação e taxas.

Videoendoscopia Digestiva Alta	R\$ 415,00
Colonoscopia (inclui retossigmoidoscopia)	R\$ 859,49
Polipectomia Gástrica do Esôfago, estômago ou duodeno	R\$ 666,14
Gastrostomia Endoscópica (sem o kit)	R\$ 242,00
Passagem de Sonda enteral (por endoscopia)	R\$ 142,00
Endoscopia + Colonoscopia	R\$ 954,00
Endoscopia + Colonoscopia + Biópsia	R\$ 975,70

Anexo XII - Anexo K Lista ref para assist dom.pdf

Anexo K - Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Médica Domiciliar para contratos de credenciamento



MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA AÉREA BRASILEIRA
COMANDO DA AERONÁUTICA
CINDACTA II

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE DO GRUPO DE SAÚDE DE CURITIBA

1. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Assistência Domiciliar (suporte básico):

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

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

1.1.3. Suporte Básico, quando necessário:

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

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

1.1.3.3. Valor: R\$ 25,30 (vinte e cinco reais e trinta centavos) por dia.

1.2. Internação Domiciliar:

1.2.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade:

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

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

1.2.1.3. Valor: R\$ 104,50 (cento e quatro reais e cinquenta centavos) por dia.

1.2.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade:

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

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

1.2.2.3. Valor: R\$ 176,00 (cento e setenta e seis reais) por dia.

1.2.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade:

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

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

1.2.3.3. Valor: R\$ 330,00 (trezentos e trinta reais) por dia.

1.3. Gerenciamento de casos Crônicos:

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

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

1.3.3. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

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

1.3.3.2. Paciente dependente parciais ou independentes de seus cuidadores;

1.3.3.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

1.3.3.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternação sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

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

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

1.3.3.7. Valor R\$ 300,00 (trezentos reais) / mês.

1.3.4. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

1.3.4.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

1.3.4.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.4.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

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

1.3.4.6. Pacientes com infecções de repetição;

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

1.3.4.8. Valor R\$ 400,00 (quatrocentos reais) / mês.

1.3.5. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

1.3.5.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

1.3.5.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.5.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

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

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

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

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

1.3.5.8. Valor R\$ 500,00 (quinhentos reais) /mês.

1.4. Procedimentos de Enfermagem:

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

1.4.2. Inclui atendimento de Técnico de Enfermagem sob Supervisão de Enfermagem, sendo aplicado aos pacientes residentes em Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Sabará e Ibité; e

1.4.3. Valor: R\$ 40,00 (quarenta reais) por visita.

2. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 2.1. Médico: R\$ 120,00 (cento e vinte reais) por visita;
- 2.2. Enfermeiro: R\$ 60,00 (sessenta reais) por sessão.
- 2.3. Fisioterapia (motora / respiratória): R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por sessão.
- 2.4. Terapeuta ocupacional: R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por sessão.
- 2.5. Fonoaudiologia: R\$ 55,00 (cinquenta cinco reais) por sessão.
- 2.6. Psicologia: R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por sessão.
- 2.7. Nutricionista: R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por sessão.
- 2.8. Assistente Social: R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por sessão.

3. INSTRUÇÕES GERAIS

- 2.1. No valor das diárias deverão estar incluídos:
 - 3.1.1. Troca de roupa de cama e banho de paciente;
 - 3.1.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
 - 3.1.3. Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);
 - 3.1.4. Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclistma, tricotomia, etc); Cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
 - 3.1.5. Orientação nutricional no momento da alta;
 - 3.1.6. Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, etc);
 - 3.1.7. Aspirador de secreções;
 - 3.1.8. Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e
 - 3.1.9. Equipamentos de proteção individual (EPI).
 - 3.1.10. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 2.2. As medicações serão pagas conforme prescrição médica, mas em caso de medicações similares ou genéricos existentes no mercado serão pagos os valores médios dos genéricos. O CREDENCIADO fica responsável por apresentar Nota Fiscal do produto com data atualizada, ficando a verificação in loco do serviço de auditoria, se necessário.
 - 3.2.1. Referencial para cobrança de medicamentos:
 - 3.2.1.1. Xylocaina líquida: será cobrada por ml;
 - 3.2.1.2. Xylocaina gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 (dez) gr e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gr; e
 - 3.2.1.3. Dersani: será cobrado 20 (vinte) ml por lesão, somente com prescrição.
- 2.3. Os materiais serão pagos conforme estabelecido no item 6 deste contrato.
- 2.4. Será pago o valor de uma visita semanal ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
- 2.5. Não será pago coleta de exames pelos serviços terceirizados.
- 2.6. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior ao indicado.

- 2.7. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da diária.
- 2.8. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.
- 2.9. As luvas de procedimento serão pagas 10 (dez) pares para Assistência Domiciliar. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 2.10. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Não serão cobertas quando estiverem cobradas com equipo com injetor lateral.
- 2.11. Os curativos especiais serão pagos conforme item 7.2, deste contrato, com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos.
- 2.12. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem. A sua troca deverá ter justificativa.
- 2.13. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.
- 2.14. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a atenção domiciliar, exclusivamente na modalidade de internação domiciliar, deverá ser fundamentada por estrita indicação clínica, assinada por Oficial Médico e Nutricionista da OC responsável, conforme protocolo da DIRSA. A aquisição desses insumos, quando necessários, será feita pela OC, ou por meio da modalidade de ressarcimento ao beneficiário, de acordo com o item 2.3.15 da OT 10/DIRSA/2022.

4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNSA:

- 4.1. Absorvente Higiénico.
- 4.2. Aconchego.
- 4.3. Água oxigenada.
- 4.4. Algodão.
- 4.5. Aparelho para barbear/tricotomia.
- 4.6. Aquecedor e manta térmica.
- 4.7. Bacia plástica.
- 4.8. Band-aid.
- 4.9. Blusas descartáveis.
- 4.10. Bolsa de água quente.
- 4.11. Bom ar.
- 4.12. Borracha para aspirador.
- 4.13. Cadeira de apoio para banho.
- 4.14. Cânula de Guedel.
- 4.15. Cinta lombar.
- 4.16. Clorexidina
- 4.17. Colar cervical.
- 4.18. Colete lombar.
- 4.19. Combi-red (tampa para soro).
- 4.20. Compressa cirúrgica.

- 4.21. Conexão para aspiração, bomba e pressão.
- 4.22. Conector.
- 4.23. Copo descartável.
- 4.24. Cotonete.
- 4.25. Creme dental.
- 4.26. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.
- 4.27. Dispositivo anti-trombolítico.
- 4.28. Escova de degermação.
- 4.29. Escova de dente.
- 4.30. Escova para assepsia das mãos.
- 4.31. Esponja para banho.
- 4.32. Estabilizador de tornozelo.
- 4.33. Éter benzina e tintura de iodo.
- 4.34. Faixa elástica pós-operatória.
- 4.35. Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
- 4.36. Filtro respirador.
- 4.37. Fiso-Hex, povidine.
- 4.38. Fixador de tubo traqueal.
- 4.39. Fixador externo.
- 4.40. Formol.
- 4.41. Frascos para exame.
- 4.42. Fraldas descartáveis.
- 4.43. Gaze radiopaca.
- 4.44. Gesso sintético.
- 4.45. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
- 4.46. Imobilizador.
- 4.47. Lâmina para tricotomia.
- 4.48. Látex extensor de O2.
- 4.49. Lençol descartável.
- 4.50. Manta.
- 4.51. Manteiga de cacau.
- 4.52. Máscara laríngea.
- 4.53. Meia elástica.
- 4.54. Meia, cinta, atadura e calça elástica.
- 4.55. Micro por espaçador.
- 4.56. Muletas.
- 4.57. Pasta gel.
- 4.58. Pijama descartável.

- 4.59. Plug adaptador macho.
- 4.60. Sabonete.
- 4.61. Sandália para gesso.
- 4.62. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.
- 4.63. Sensor para oxímetro.
- 4.64. Tapoin.
- 4.65. Termômetros.
- 4.66. Tipóias.
- 4.67. Toalha descartável.

5. DETERMINAÇÕES SOBRE OPMEC DESCARTÁVEIS E REUTILIZÁVEIS.

- 5.1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.
- 5.2. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.
- 5.3. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
- 5.4. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
- 5.5. BOLSA DE COLOSTOMIA KARAYA: Será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
- 5.6. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: 03 (três) por dia.
- 5.7. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
- 5.8. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
- 5.9. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago 01 (um) por internação.
- 5.10. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF ou 0.2 ml de heparina.
- 5.11. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.
- 5.12. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem.
- 5.13. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
- 5.14. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
- 5.15. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
- 5.16. EQUIPO DE INFUSÃO DE DIETAS ENTERAIS: o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas.
- 5.17. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS E SOROTERAPIAS: o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas e para neonatal 48 (quarenta e oito) horas.

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

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

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

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

5.22. SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

5.23. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.

5.24. Observação:

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

6. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

6.1. Tabela com a classificação dos curativos:

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

6.2. Curativos Especiais:

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

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

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

Anexo XIII - Anexo L Termo ciencia e livre escolha.pdf

ANEXO L – TERMO DE CIÊNCIA E DIREITO DE LIVRE ESCOLHA



MINISTÉRIO DA DEFESA
 COMANDO DA AERONÁUTICA
 CINDACTA II

1. O presente Termo é lavrado aos ____ dias do mês de _____ de _____, em conformidade com as orientações contidas no item 6.1.6 e seus subitens, da NSCA 160-7/2019, que dispõe sobre o uso da rede complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica, aprovada pela Portaria COMGEP nº26/DCS, de 31 de outubro de 2019.
2. Informo ao Sr.(Sra.) _____, responsável pelo(a) paciente _____, SARAM _____, que se encontra internado(a) na instituição hospitalar _____, localizada na cidade de _____, que as condições clínicas do(a) paciente permitem a sua remoção para uma Organização de Saúde da Aeronáutica ou de outra Força Singular/HFA, consoante diagnóstico emitido pelo médico responsável.
3. Desse modo, em observância às normas estabelecidas na Legislação em vigor, foi devidamente providenciada a transferência do(a) paciente da supracitada instituição de saúde privada para o _____, que ocorrerá na data de ____/____/____.
4. Caso o Sr.(Sra.) se recuse a autorizar a presente remoção do paciente, ficará caracterizado que a permanência do paciente no hospital privado, a partir daquela data, será decorrente do exercício da livre escolha do beneficiário/responsável pelo paciente, escolha esta que não se encontra coberta pelas normas que regem a prestação da assistência médico-hospitalar pelo Sistema de Saúde da Aeronáutica, de modo que o exercício desse direito afastará a responsabilidade do Comando da Aeronáutica pelas despesas com o tratamento, a partir da data acima.
5. Assim, caso haja a recusa mencionada no parágrafo anterior, o militar/pensionista responsável pelo paciente também será responsável pelo pagamento integral, diretamente à instituição de saúde privada, de TODAS as despesas médico-hospitalares a partir da data acima, e será imediata e formalmente comunicado à instituição _____ que o(a) Grupo de Saúde de Curitiba, GSAU-CT (Organização Credenciadora) encontra-se desincumbido(a) da responsabilidade de arcar com as despesas que decorrerem a partir da data que a remoção do(a) paciente deixou de ser realizada única e exclusivamente em razão da vontade expressa pelo responsável.
6. Por fim, informo que eventual recusa em assinar o presente Termo será suprida pela aposição de assinaturas de duas testemunhas, que presenciarão tanto a leitura do mesmo quanto o fato de que todas as informações constantes neste foram adequadamente prestadas ao Sr.(Sra.).

 Militar da OC responsável pela comunicação
 (assinatura e carimbo)

 Responsável/Beneficiário Titular
 SARAM

 Testemunha 1

 Testemunha 2

Anexo XIV - Anexo M pctes prestacao.pdf

ANEXO M - Pacotes de prestação de serviço



MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA AÉREA BRASILEIRA
COMANDO DA AERONÁUTICA
CINDACTA II

Pacotes de prestação de serviços

1. **PACOTES:**

1.1. PACOTES DE PSIQUIATRIA:

Descrição	Valor
Hospital-dia (07:00h às 17:00h): Compreende consulta médica psiquiátrica, psicoterapia (individual ou em grupo), atividade física com acompanhamento especializado, cuidados de enfermagem, serviço de hospedagem e alimentação (café da manhã, almoço, lanche da tarde). Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos, taxas, diárias e materiais, excluídos os medicamentos.	R\$ 270,00

1.2. PACOTES DE DERMATOLOGIA:

1.2.1. Os pacotes de Dermatologia contemplam todos os materiais, medicamentos, assistência de enfermagem, taxas de sala e equipamentos necessários à execução dos procedimentos, exceto honorários médicos que deverão ser remunerados conforme tabela CBHPM prevista neste Edital.

Descrição	Valor
Crioterapia (grupo de até 05 lesões)	R\$ 120,00
Desbastamento	R\$ 180,00

1.3. PACOTES DE OBSTETRÍCIA:

1.3.1. Inclui: 03 diárias, todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, materiais e medicamentos em geral, taxas de serviços e de uso de equipamentos, taxas de sala e gasoterapia.

1.3.2. Exclui: Teste do coraçãozinho, emissão otoacústica evocada, transfusão de sangue e/ou hemoderivados, imunoglobulina Rho (D), partograma, honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesiologia (serão remunerados conforme tabela CBHPM prevista neste Edital) e possíveis intercorrências como utilização de UTI Adulto e Neonatal. Todos estes atos excluídos do pacote serão cobrados através do faturamento por conta aberta, bem como o eventual uso de OPME.

Descrição	Valor
Parto Normal – Apartamento	R\$ 4.966,45
Parto Normal – Enfermaria	R\$ 4.518,00

1.3.3. Inclui: 03 diárias, todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, materiais e medicamentos em geral, taxas de serviços e de uso de equipamentos, taxas de sala e gasoterapia.

1.3.4. Exclui: Teste do coraçãozinho, emissão otoacústica evocada, transfusão de sangue e/ou hemoderivados, imunoglobulina Rho (D), partograma, honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesiologia (serão remunerados conforme tabela CBHPM prevista neste Edital) e possíveis intercorrências como utilização de UTI Adulto e Neonatal. Todos estes atos excluídos do pacote serão cobrados através do faturamento por conta aberta, bem como o eventual uso de OPME.

Descrição	Valor
Parto Cesariana – Apartamento	R\$ 5.466,45
Parto Cesariana – Enfermaria	R\$ 5.018,00

1.4. PACOTES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA E INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

1.4.1. Supervisão de enfermagem mensal e quinzenal já inclusos no valor do pacote.

1.4.2. Nos casos em que a não realização de algum item presente no pacote acarrete, de alguma forma, perda da qualidade de assistência ao paciente, está prevista a advertência por escrito à CREDENCIADA por parte da CREDENCIANTE. Em caso de reincidência do ato de não conformidade, a CREDENCIANTE procederá à glosa do valor do pacote devido à CREDENCIADA facultando a possibilidade do recurso da glosa.

1.4.3. Descrição e valores dos pacotes:

Descrição:	Valor:
06 horas: Técnico em enfermagem com supervisão de enfermagem	R\$ 140,94
12 horas: Técnico em enfermagem com supervisão de enfermagem	R\$ 241,60
24 horas: Técnico em enfermagem com supervisão de enfermagem	R\$ 427,00
<p>Baixa complexidade (diária):</p> <p>Inclui: Técnico em enfermagem 06h; médico assistente 01 vez por mês; supervisão de enfermagem 01 vez por semana; fisioterapia motora e/ou respiratória 02 vezes por semana; fonoterapia ou fisioterapia – avaliação 01 vez por semana; nutricionista 01 vez por quinzena; psicóloga 01 vez por semana; serviço social – mensal, incluso os itens: oxímetro; <i>bipap</i>; concentrador de oxigênio; cilindro ou torpedo de oxigênio; aspirador; bomba infusora; estetoscópio; cama simples com colchão espuma; máscara de Venturi; equipamento de proteção individual (EPI); nebulizador; pinças; suporte de soro ajustável; termômetro; tesoura; abaixador de língua, absorvente higiênico, fralda, lençol descartável, pasta gel, curativo especial – úlcera pressão grau III e IV. Exclui: medicamentos, curativos a vácuo e curativos com preço acima de R\$ 100,00.</p>	R\$ 405,00 (por dia)
<p>Média complexidade (diária):</p> <p>Inclui: Técnico em Enfermagem 12h; médico assistente 01 vez por semana; supervisão de enfermagem 01 vez por semana; fisioterapia motora e/ou respiratória 03 vezes por semana; fonoterapia ou fisioterapia – avaliação 03 vezes por semana; nutricionista 01 vez por mês; psicóloga 01 vez por semana; serviço social – quinzenal; incluso os itens: oxímetro; <i>bipap</i>; concentrador de oxigênio; cilindro ou torpedo de oxigênio; aspirador; bomba infusora; estetoscópio; cama simples com colchão espuma; máscara de Venturi; equipamento de proteção individual (EPI); nebulizador; pinças; suporte de soro ajustável; termômetro; tesoura; abaixador de língua, absorvente higiênico, fralda, lençol descartável, pasta gel, curativo especial – úlcera pressão grau III e IV. Exclui: medicamentos, curativos a vácuo e curativos com preço acima de R\$ 100,00.</p>	R\$ 546,93 (por dia)
<p>Alta complexidade (diária):</p> <p>Inclui: Técnica em Enfermagem 24h; médico assistente 01 vez por semana; supervisão de enfermagem 01 vez por semana; fisioterapia motora e/ou respiratória com ventilação mecânica diária; fonoterapia ou fisioterapia – avaliação 05 vezes por semana; nutricionista 01 vez por quinzena; psicóloga 01 vez por semana; serviço social – semanal; incluso os itens: oxímetro; <i>bipap</i>; concentrador de oxigênio; cilindro ou torpedo de oxigênio; aspirador; bomba infusora; estetoscópio; cama simples com colchão espuma; máscara de Venturi; equipamento de proteção individual (EPI); nebulizador; pinças; suporte de soro ajustável; termômetro; tesoura; abaixador de língua, absorvente higiênico, fralda, lençol descartável, pasta gel, curativo especial – úlcera pressão grau III e IV. Exclui: medicamentos, curativos a vácuo e curativos com preço acima de R\$ 100,00.</p>	R\$ 742,50 (por dia)

Em caso de dois ou mais pacotes realizados simultaneamente, fica estabelecido que será cobrado o valor maior do pacote.

Hemodiálise crônica por sessão	R\$ 4.4000
Hemodiálise aguda por sessão	R\$ 1.450,00

Facectomia com implante de lente nacional	R\$ 2.412,00
Cateterismo Cardíaco	R\$ 3.274,75

Endoscopia	R\$ 410,00
Colonoscopia (inclui retossigmoidoscopia)	R\$ 667,00
Polipectomia (independente do nº de pólipos)	R\$ 244,00
RT-PCR Covid-19	R\$ 238,00
Testes toxicológicos (cabelo/pelos)	R\$ 135,00
Testes toxicológicos (urina)	R\$ 142,50

**Anexo XV - Anexo N areas de prestacao assit e reab.
pdf**

ANEXO N - Áreas de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e de reabilitação



MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA AÉREA BRASILEIRA
COMANDO DA AERONÁUTICA
CINDACTA II

Áreas de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e de reabilitação abrangidas pelo Edital de Credenciamento

A prestação de serviços de assistência Médico-Hospitalar e de Reabilitação abará os Municípios de Curitiba e Região metropolitana, dentre as seguintes áreas:

1. Hospital Geral, com as seguintes especificações mínimas:
 - 1.1. Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;
 - 1.1.1. As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anesthesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca-hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva (endoscopia diagnóstica e intervencionista), fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imaginologia (raios-x simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia, urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;
 - 1.1.2. As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.
 - 1.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e de Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos com disponibilidade para atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser contratada;
 - 1.3. Pronto-Socorro Geral para atendimento dos casos de urgência e emergência;
 - 1.3.1. Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, neurologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral e ortopedia;
 - 1.3.2. As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.
 - 1.4. Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais solicitados pelos beneficiários de que trata este Edital;
 - 1.5. Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais

referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.5.1. O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico-funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

1.6. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

1.7. Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.8. Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

1.9. Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

2. Hospital Geral com Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:

2.1. Atendimento médico-hospitalar ou em consultório, com disponibilidade para agendamento de consultas eletivas, com hora marcada;

2.1.1. As seguintes profissões e respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas poderão ser prestadas: alergologia, anatomia patológica e citopatologia, anestesiologia, angiologia (cirurgia vascular e linfática), braquiterapia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo (órgãos anexos e parede abdominal), cirurgia cardíaca-hemodinâmica, cirurgia de mama, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reparadora, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia clínico-cirúrgica, endocrinologia, endoscopia digestiva, fisioterapia; fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria e gerontologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, imagiologia (raios-x simples e contrastado, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética), infectologia, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurofisiologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, terapia ocupacional, terapia semi-intensiva neonatal, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, quimioterapia, radiodiagnóstico, reumatologia, urologia (litotripsia e urodinâmica) e uroginecologia;

2.1.2. As profissões e especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

2.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por imagem, todos esses com disponibilidade de atendimento, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, nas instalações da OCS a ser contratada;

2.3. Pronto-Socorro Geral para atendimento de casos de urgência e emergência;

2.3.1. Poderão compor a equipe médica as seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, neonatologia e ortopedia;

2.3.2. As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, o contrato decorrente deste Edital poderá deixar de cobrir parte das mesmas.

2.4. Centro Cirúrgico Geral com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.5. Centro de Terapia Intensiva com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.5.1. O CTI deverá possuir as seguintes características mínimas: ser uma unidade físico-funcional do CREDENCIADO; com área física própria; com aparelhagem e equipe técnica especializada e permanente, incluindo

médicos plantonistas durante 24 (vinte e quatro) horas por dia; além de dispor de cardioversor, monitor cardíaco, monitorização de pressão não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, aspirador de secreções, eletrocardiógrafo, respirador de volume, bomba de infusão, gases medicinais e materiais necessários para a assistência do paciente, tais como equipamentos para assistência respiratória, hemoterápica, dissecação e punção de acesso central, traqueostomia.

2.6. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem acima, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD;

2.7. Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal;

2.8. Unidade de Hemodinâmica com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.9. Centro de Hemodiálise para atendimento hospitalar e ambulatorial com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.10. Unidade para Pacientes Coronarianos com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.11. Centro Obstétrico com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

2.12. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital.

3. Hospital Maternidade, com as seguintes especificações mínimas:

3.1. Atendimento médico hospitalar nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia;

3.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento, sendo obrigatória a existência de Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Diagnóstico por Imagem, todos estes com disponibilidade de atendimento durante 24 (vinte e quatro) horas por dia nas instalações da OCS a ser contratada;

3.3. Pronto-Socorro para atendimento dos casos de urgência e emergência, com a presença contínua de equipe médica nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, com capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e emergenciais referentes aos beneficiários de que trata este Edital;

3.4. O CTI – PEDIÁTRICO deverá conter, além dos listados no subitem 2.2.2.5.1, equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como berço aquecido, incubadora, CPAP e HOOD; e,

3.5. Berçário de Cuidados Básicos (BCB), Berçário de Cuidados Especiais (ALTO RISCO), Bloco Obstétrico e suas dependências, Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Neonatal (UTSIN).

4. Cooperativa(s) de Trabalho Médico em condições de prestar atendimento médico hospitalar, com exercício de atividades em caráter regular, vinculada(s) ao(s) Hospital(is) que venham a ser credenciado(s), no(s) qual(is) a Cooperativa em questão preste serviço.

4.1. A contratação de cooperativa deverá observar os seguintes impedimentos:

4.1.1. O médico cooperado não poderá possuir qualquer vínculo com o hospital credenciado, à exceção de vínculo de natureza estatutária, consubstanciado em diretoria sem subordinação ou participação societária;

4.1.2. O médico cooperado não poderá ser subordinado à administração do hospital credenciado, por exemplo, quanto à definição de escala de trabalho, controle de frequência, ET cetera;

4.1.3. A definição da escala de trabalho ocorrerá entre a administração hospitalar e a cooperativa;

4.1.4. A indicação do médico prestador de serviço dar-se-á por parte da cooperativa, sem que o hospital credenciado possa indicar ou recusar determinado profissional;

4.1.5. O hospital credenciado não poderá realizar pagamentos, ou outras transferências a que título for, diretamente, para os médicos cooperados.