

ANEXO XXI

REFERENCIAL DE CUSTO HOME CARE

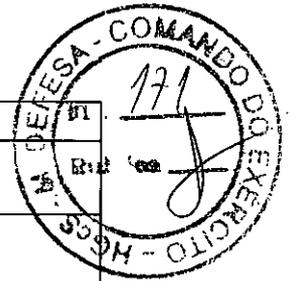


Tabela de Home Care	
PROCEDIMENTO	VALOR EM REAIS
Diárias	
Diária INTEGRAL, com 24 horas de plantão de enfermagem	402,76
Diária PARCIAL, com 12 horas de plantão de enfermagem	222,43
Diária BÁSICA, com 06 horas de plantão de enfermagem	128,43
Diária de Gerenciamento de Casos Clínicos (por visita)	70,89
Honorários Médicos	
Procedimentos médicos especializados que sejam necessários para o tratamento do paciente, previamente autorizados pelo convênio.	245,02
Consulta com Médico Especialista	234,46
Médico Nutrólogo (01 a 02 vezes por semana)	101,27
Honorários de outros profissionais	
Psicoterapeuta (Avaliação/Sessão)	80,50
Fonoaudiólogo (Avaliação/Sessão)	70,00
Terapeuta Ocupacional (Avaliação/Sessão)	70,00
Fisioterapia domiciliar	
Fisioterapia Motora (Sessão)	38,00
Fisioterapia Respiratória (Sessão)	38,00
Fisioterapia Motora e Respiratória (Sessão)	65,00
Exames	
Exames laboratoriais solicitados pelo médico assistente	CBHPM 2012 UCO: 13,02 com banda redutora de 30 % no porte
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Raio X)	171,60



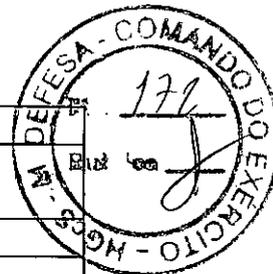
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Ultrassonografia)	322,50
Medicamentos e Materiais Descartáveis	
Medicamentos	Serão aplicadas as regras previstas no item 6 deste referencial de custos. As medicações líquidas, soluções, gotas, unguentos, colírios, pomadas, serão cobrados na sua apresentação original, para cada paciente, conforme prescrição médica. No caso de medicamentos de alto custo, com valor acima de R\$ 800,00 (oitocentos reais), será necessária autorização prévia para seu uso
Materiais Descartáveis	Serão remunerados de acordo com as regras previstas no item 6 deste referencial de custos.
Oxigenoterapia	
Oxigênio 01-02L/min por hora	6,15
Oxigênio 03L/min por hora	8,58
Oxigênio 04-05L/min por hora	14,51
Locação de torpedo semanal	43,82
Concentrador de oxigênio/dia (sem Back-up)	35,82
Concentrador de oxigênio/dia (com back-up)	40,62
Cilindro de oxigênio até 4m ³	174,77
Cilindro de oxigênio por m ³ excedente	18,38
Kit oxigênio (cilindro, carrinho e regulador)/dia	9,09
Carrinho para cilindro M ou G/dia	3,76
Regulador com fluxômetro de oxigênio/dia	3,14
Regulador sem fluxômetro de oxigênio/dia	2,61
Fluxômetro de oxigênio/dia	3,14
Tomada duplo oxigênio/dia	2,73
Equipamentos Médicos especiais	
Monitor Multiparamétrico/dia	31,54
Ventilador ciclado a pressão/dia	111,25
CPAP/dia	22,98
Oxímetro de Pulso/dia	10,72
Mobiliário e equipamentos	
Cama hospitalar elétrica completa	15,32

[Handwritten signatures and initials]



com colchão/dia	
Cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades/dia	12,25
Cama hospitalar com 03 elevações + grades/dia	14,21
Berço com grade e colchão/dia	7,65
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 28 (unidade)	126,02
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 23 (unidade)	108,83
Suporte de soro tripé com rodízios/dia	4,48
Suporte de soro tripé sem rodízios/dia	3,06
Escada com 02 degraus/dia	3,06
Cadeira higiênica/dia	4,20
Cadeira de rodas/dia	4,93
Assento para cadeira higiênica (unidade)	134,33
Andador articulado/dia	1,87
Nebulizador/dia	2,12
Kit nebulização/dia	3,32
Aspirador portátil simples/dia	5,55
Aspirador cirúrgico/dia	19,66
Outros procedimentos médicos e de enfermagem	
Punção venosa profunda	348,30
Administração de medicamentos via IM/SC/ID/EV/SNG	96,75
Dissecção venosa	387,01
Curativo	76,11
Debridamento cirúrgico	153,92
Debridamento mecânico	93,60
Paracentese	361,20
Troca de Botton de gastrostomia	361,20
Instalação de sonda vesical de demora	73,73
Instalação de sondas: gástrica ou enteral	73,73
Troca de cânula de traqueostomia	195,30
Toracocentese	425,70
Punção biópsia Tru-Cut	387,01
Administração de quimioterápico venoso	126,81
Remoções	
Remoções para exames	
Remoção ida/volta para realização de exames e procedimentos em hospital	386,90

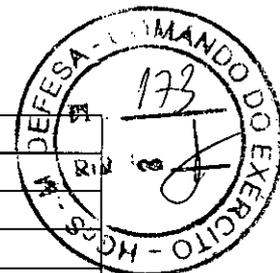
[Handwritten signatures and initials]



ou clínica	
Remoção Eletiva Hospital/Domicílio (Gerenciamento de casos clínicos)	228,46
Remoção ambulância UTI móvel	
Dentro do perímetro urbano - Transferência	843,33
Fora do perímetro urbano	996,64
KM rodado fora do perímetro urbano	7,65
Para exames Especializados	1.073,30
Intermunicipal	1.149,92
Para o aeroporto	1.073,30
Saída de ambulância sem remoção	226,61
Hora adicional de espera em remoção após 01h	153,32
Remoção Ambulância Convencional	
Dentro do perímetro urbano - Transferência	459,99
Fora do perímetro urbano	536,66
KM rodado fora do perímetro urbano	6,88
Para exames Especializados	R\$ 613,31
Intermunicipal	R\$ 735,97
Para o aeroporto	R\$ 766,65
Saída de ambulância sem remoção	R\$ 122,65
Hora adicional de espera em remoção após 01h	122,65
Remoção Ambulância UTI Neonatal	
Dentro do perímetro urbano - Transferência	996,64
Fora do perímetro urbano - Transferência	1.931,07
KM rodado fora do perímetro urbano	7,65
Para exames Especializados	1.993,27
Intermunicipal	2.069,95
Para o aeroporto	2.146,60
Saída de ambulância sem remoção	306,64
Hora adicional de espera em remoção após 01h	183,99
Curativos	
Curativo pequeno	54,39
Curativo médio	67,52
Curativo grande	73,95
Curativo especial	86,83
Dietas Enterais	
Ensure Plus 200ml	31,96
Fresubin Lipid 200ml	85,53

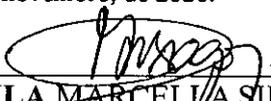




PSH 200ml	80,32
Glúcerna SR 200ml	21,23
Dialy Care 200ml	104,31
PSH 1000ml	274,73
PSH 1000ml	291,90
PSH 1000ml	342,47
PSH 1000ml	293,76
PSH 1000ml	214,84
PSH 1000ml	263,74
PSH 1000ml	321,38
PSH 1000ml	349,89
Glutamin 10g	20,10
Para as dietas enterais ou suplementos, serão considerados preços dos catálogos BRASÍNDICE e SIMPRO, com redução de 40% (quarenta por cento). Os equipos para dieta terão os valores fixos de: R\$ 27,01 (vinte e sete reais e um centavo) equipo gravitacional e R\$ 307,55 (trezentos e sete reais e cinquenta e cinco centavos) equipo bomba de infusão. Para dietas não constantes nas tabelas mencionadas, serão praticados os preços abaixo relacionados (mantidos valores de 2020 para 2021).	
Pacote sondagem vesical de alívio	
Para os pacientes que fazem sondagem vesical de alívio, será pago o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) por procedimento, quando inferior a 03 vezes/dia. Quando for realizado procedimento de 03 a 04 vezes/dia, o valor pago será de 155,00 (cento e cinquenta e cinco reais).	

Salvador, Bahia, 20, de novembro, de 2020.

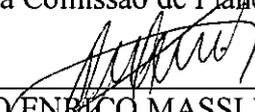


PAULA MARCELIA SILVA DRAGO – CAP

Presidente da Comissão de Planejamento e Contratação



ARINE SANTOS PEÇANHA SAUGUEIRO – 1º Ten
Membro da Comissão de Planejamento e Contratação



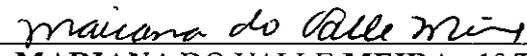
THIAGO ENRICO MASSI WERNECK – 1º Ten
Membro da Comissão de Planejamento e Contratação



CLAUDIA ALVES DA SILVA LISBOA – 1º Ten
Membro da Comissão de Planejamento e Contratação



EUGENIO MIRANDA NASCIMENTO – 1º Ten
Membro da Comissão de Planejamento e Contratação



MARIANA DO VALLE MEIRA – 1º Ten
Membro da Comissão de Planejamento e Contratação



DESPACHO DA AUTORIDADE COMPETENTE:

Aprovo o presente Termo de Referência, por satisfazer os requisitos atinentes ao Objeto solicitado na requisição e respectiva justificativa, conforme documentos incluídos no processo licitatório, bem como por atender as exigências legais e regulamentares concernentes a esta licitação.

RUY TERRA FILHO – Cel
Ordenador de Despesas do HGES