- Ana Verena da Silva Falcão Passos, matrícula nº 92162798
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 20 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Geral de Itaparica, ficam designados os seguintes membros:
- Emanuele Santos Azevedo, matrícula nº 92.038.391
- Indaiane de Sousa Oliveira, matrícula nº 92.037.715
- Daiane Oliveira dos Santos Pereira, matrícula nº 92167925
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 21 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Regional Vicentina Goulart , ficam designados os seguintes membros:
- Emanuele Santos Azevedo, matrícula nº 92.038.391
- Raffael da Fonseca Matos, matrícula nº 92.122.410
- Luana Bárbara Mattos Machado, matrícula nº 92174213
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 22 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Especializado Octávio Mangabeira, ficam designados os seguintes membros:
- Emanuele Santos Azevedo, matrícula nº 92.038.391
- Indaiane de Sousa Oliveira, matrícula nº 92.037.715
- Helena Conceição Marback Santos, matrícula nº 92168207
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 23 - Para monitoramento e avaliação da Unidade de Pronto Atendimento de Jequié, ficam designados os seguintes membros:
- Emanuele Santos Azevedo, matrícula nº 92.038.391
- Raffael da Fonseca Matos, matrícula nº 92.122.410
- Thalita Lemos dos Santos, matrícula nº 92170344
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 24 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Metropolitano, ficam designados os seguintes membros:
- Monique Cristina da Silva Borges, matrícula n.º 92.156.529
- Indaiane de Sousa Oliveira, matrícula nº 92.037.715
- Clécia Brandão Barbosa, matrícula nº 92005081
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 25 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Regional Piemonte do Paraguaçu, ficam designados os seguintes membros:
- Monique Cristina da Silva Borges, matrícula n.º 92.156.529
- Indaiane de Sousa Oliveira, matrícula nº 92.037.715
- Ilma Santos da Silva, matrícula nº 193285357
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 26 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Ortopédico da Bahia, ficam designados os seguintes membros:
- Jefferson de Almeida Lima, matrícula nº 92.042.528
- Indiara dos Santos Franco, matrícula nº 92.061.455
- Keila Fiúza Araújo, matrícula nº 92170469
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 27 - Para monitoramento e avaliação da Unidade de Pronto Atendimento de Feira de Santana, ficam designados os seguintes membros:
- Jefferson de Almeida Lima, matrícula nº 92.042.528
- Monique Cristina da Silva Borges, matrícula n.º 92.156.529
- Érica Soares dos Santos, matrícula nº 92173874
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 28 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Regional de Paulo Afonso, ficam designados os seguintes membros:
- Jefferson de Almeida Lima, matrícula nº 92.042.528
- Monique Cristina da Silva Borges, matrícula n.º 92.156.529
- Ana Verena da Silva Falcão Passos, matrícula nº 92162798
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 29 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Estadual da Criança, ficam designados os seguintes membros:
- Indaiane de Sousa Oliveira, matrícula nº 92.037.715
- Indiara dos Santos Franco, matrícula nº 92.061.455
- Clécia Brandão Barbosa, matrícula nº 92005081
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 30 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães / Porto Seguro, ficam designados os seguintes membros:
- Jefferson de Almeida Lima, matrícula nº 92.042.528
- Edla Maria Silva dos Santos, matrícula nº 92.072.459
- Luciana Teixeira Barreto, matrícula nº 92170395
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

Comissão 31 - Para monitoramento e avaliação do Hospital Municipal Dr. Ricardo de Tadeu - Hospital de Oncologia Alto Sertão, ficam designados os seguintes membros:
- Jefferson de Almeida Lima, matrícula nº 92.042.528
- Alex Gribel de Oliveira, matrícula nº 92.080.73
- Ana Verena da Silva Falcão Passos, matrícula nº 92162798
- Bárbara Oliveira Nardes, matrícula nº 92147051
- Aline Bitencourt da Silva, matrícula nº 92059397

**PORTARIA Nº 437 DE 06 DE ABRIL DE 2026.**

**A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**, no uso de suas atribuições legais, considerando a instrução do Processo SEI 019.8842.2019.0022432-45, e
Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
Considerando as Portarias Ministeriais GM nº 1.370 de 03/07/2008 e SAS n° 370 de 04/07/2008 que institui o Programa de Assistência Ventilatória não invasiva aos pacientes portadores de doenças neuromusculares;
Considerando a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de Abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;
Considerando que o uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) aumenta a sobrevida de pacientes com hipoxemia crônica decorrente de doença pulmonar, assim como a ventilação mecânica invasiva/não invasiva age beneficiando os portadores de doença neuromuscular;
Considerando que a desospitalização de adultos e crianças é um fato marcante com impacto positivo na rede de atenção à saúde, através da otimização dos leitos de UTI e da redução dos custos com internação hospitalar,

**RESOLVE:**
**Art. 1º** - Renovar e Alterar os valores da Tabela de Preços do Credenciamento nº 001/2018, cujo objeto consiste na contratação de empresas prestadoras de serviços de saúde, para a execução dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e Oxigenoterapia Ventilatória Domiciliar (OVP), destinados aos usuários que atendam aos critérios estabelecidos para essa modalidade de assistência, oriundos das unidades da Rede Própria sob gestão estadual, bem como àqueles oriundos de leitos contratualizados pela SESAB, sendo permitido, no caso da OVP, a ampliação da prestação dos serviços às demais unidades integrantes da Rede SUS.
**Art. 2º** - As Empresas de Saúde deverão fornecer os equipamentos de assistência ventilatória não invasiva/invasiva (aparelho de pressão positiva contínua nas vias aéreas - CPAP, ventiladores volumétricos tipo bilevel - BIPAP, Ventiladores de suporte à vida), assim como o fornecimento de oxigênio, locação e manutenção de equipamentos e cilindros, em conformidade com as quantidades e especificações constantes no Lote II.
**Art. 3º** - O Credenciamento a que se refere o art.1º vigerá pelo período de **16 de abril de 2026 a 16 de abril de 2027**, observadas as normas pertinentes e as condições fixadas em edital.
**Parágrafo único** - O credenciamento instituído por esta Portaria poderá ser revogado a qualquer tempo, no todo ou em parte, sem que caiba direito a indenização ou compensação, mediante decisão motivada da Administração, em especial na hipótese de publicação de novo edital de credenciamento que tenha por objeto o mesmo serviço ou objeto correlato, antes do término da vigência estabelecida.
**Art. 4º** - O credenciamento de que trata o caput do artigo anterior, abrangerá todas as regiões de saúde do Estado da Bahia.
**Art. 5º** - Para efeito desta Portaria, estima-se a dotação orçamentária de **R$259.017.481,30 (duzentos e cinquenta e nove milhões, dezessete mil, quatrocentos e oitenta e um reais e trinta centavos)** para execução dos procedimentos relacionados nos Anexos desta Portaria, obedecendo ao limite financeiro estabelecido neste artigo.
**Parágrafo único** - A dotação orçamentária estabelecida no caput deste artigo terá por referência os valores estabelecidos nos Anexos desta Portaria, onde os insumos e medicamentos necessários à assistência terão como referência as Tabelas PLANSERV.
**Art. 6º** - Os critérios técnicos e específicos para prestação dos serviços são os dispostos na Instrução Normativa do Edital de Credenciamento, publicada no Diário Oficial do Estado.
**Art. 7°**- Revogam-se as disposições em contrário.

**ANEXO I - COMPOSIÇÃO DO VALOR DOS SERVIÇOS**

**LOTE I - PACOTES DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

| DIÁRIAS | VALOR (R$) |
|---|---|
| INTERNAMENTO DOMICILIAR 24H COM VENTILAÇÃO MECÂNICA | R$ 1.190,11 |
| INTERNAMENTO DOMICILIAR 24H SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA | R$ 1.009,08 |
| INTERNAMENTO DOMICILIAR 12H | R$ 663,69 |
| INTERNAMENTO DOMICILIAR 6H | R$ 490,55 |
| GERENCIAMENTO 1 X DIA | R$ 311,82 |
| GERENCIAMENTO 2 X DIA | R$ 338,35 |
| GERENCIAMENTO 3 X DIA | R$ 364,89 |
| GERENCIAMENTO ESPECIAL / GERENCIAMENTO 4X DIA | R$ 613,01 |

| SERVIÇOS E EXAMES EM DOMICÍLIO | VALOR (R$) |
|---|---|
| CONSULTA OU SESSÃO DOMICILIAR DE FONOTERAPIA | R$ 59,74 |
| CONSULTA OU SESSÃO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA | R$ 59,74 |
| CONSULTA OU SESSÃO DOMICILIAR DE NUTRICIONISTA | R$ 59,74 |
| CONSULTA DOMICILIAR COM ESPECIALISTA/ MÉDICA | R$ 230,13 |
| CONSULTA COM ENFERMAGEM | R$ 59,74 |
| CONSULTA OU SESSÃO DE PSICOLOGIA | R$ 86,29 |
| TROCA DE BOTTON DOMICILIAR / SONDA DE GASTROSTOMIA DOMICILIAR | R$ 2.296,05 |
| BLOQUEIOS DE NERVOS/PONTOS DE GATILHOS (ÚNICO OU MÚLTIPLO) - APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA | R$ 192,78 |
| COLETA DE EXAMES | R$ 46,72 |
| | |
| EQUIPAMENTOS -DIÁRIA | VALOR (R$) |
| ALUGUEL DE CAMA HOSPITALAR | R$ 4,23 |
| ALUGUEL DE CADEIRA DE RODAS | R$ 2,81 |
| ALUGUEL DE CADEIRA HIGIÊNICA | R$ 2,12 |
| ALUGUEL DE NEBULIZADOR | R$ 2,81 |
| ALUGUEL DE ASPIRADOR | R$ 2,81 |
| | |
| TRANSPORTE ELETIVO * - | VALOR (R$) |
| TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIA SIMPLES** | R$ 539,45 |
| ADICIONAL KM RODADO FORA DO PERÍMETRO URBANO DE DOMICÍLIO (ACIMA DE 100 km) ** | R$ 6,95 |
| ADICIONAL HORA (ACIMA DE 02HS) ** | R$ 193,99 |
| TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIA UTI*** | R$ 1.527,32 |
| ADICIONAL KM RODADO FORA DO PERÍMETRO URBANO DE DOMICÍLIO (ACIMA DE 100 km) *** | R$ 9,15 |
| ADICIONAL HORA (ACIMA DE 02HS) *** | R$ 321,74 |
| *Cobrança a partir do Município de Residência do Paciente. Conforme item 12 das observações gerais.<br>**Valor COESA/019.5120.2025.0006003-07 e Parecer 00137433973 | |
| *** Baseado no Credenciamento Nº 002/2013 - Remoções Terrestre | |
| OUTROS | VALOR (R$) |
| CURATIVO | R$ 90,21 |
| DIETA | ANEXO II |
| OXIGENOTERAPIA | LOTE II |
| | |

**COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:**

| Internação Domiciliar 24h com ventilação mecânica | |
|---|---|
| VALOR REFERENCIAL: | DIÁRIA R$ 1.190,11 |
| COMPOSIÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| Plantão do técnico de enfermagem 24h | Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE |
| Visitas médicas de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Visitas da enfermeira de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Fisioterapia Motora e respiratória | Mínimo de 1x/dia. |
| Fonoterapia | Mínimo de 1x/semana. Caso não haja indicação de acompanhamento com este profissional, deverá vir discriminado no relatório do médico do SAD. |
| Avaliação Multiprofissional | Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Serviço Social (obrigatório anexar relatório de todos esses profissionais em PAD) |
| Acompanhamento Domiciliar | Assistente Social (paciente/família), Nutricionista (paciente), Psicólogo (quando indicado) |
| Atendimento médico de urgência 24h sempre que necessário | Realizado por médicos e enfermagem da própria equipe, contando com ambulância UTI completamente equipada para os casos mais graves. Reinternamento do usuário na Rede Referenciada, caso necessário, a remoção está incluída. Caso a empresa credenciada não possua APH na área de atendimento deverá ser acionado o SAMU. |
| Remoção em ambulância UTI | Na implantação do paciente no domicílio e mudança de endereço, seguirá regramento do credenciamento de remoção terrestre, conforme item 12 das Observações Gerais. |
| Gerenciamento de enfermagem do caso | Implementação da SAE, gerenciamento de feridas, prevenção de infecção. |
| Gerenciamento médico do caso | Nas 24hs |
| Procedimentos médicos passíveis de realização no domicílio | Ex: acesso venoso central, desbridamentos (inclui honorários médicos e materiais), avaliação para troca de button e sonda de gastrotomia. |
| Central de Atendimento à disposição 24h | • Contato e discussão de casos com equipe assistente;<br>• Direcionar chamados de emergência,<br>• Dúvidas e orientações<br>• Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio,<br>• Gerenciamento e agendamento de exames subsidiários, domiciliares ou não (taxa de coleta domiciliar inclusa),<br>• Gerenciamento e controle dos serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia e Nutrição),<br>• Gerenciamento e controle de gases medicinais<br>• Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos. |

| INDICAÇÃO |
|---|
| Uso de ventilação mecânica Invasiva Contínua. |
| EQUIPAMENTOS/MATERIAIS |
| Kit de equipamentos e materiais necessários ao atendimento domiciliar. Ventilador mecânico com possibilidade de telemonitoramento/conectividade remota integrada com transmissão automática dos dados a distância para nuvem. |
| MATERIAIS/MEDICAMENTOS E GASES MEDICINAIS |
| Materiais e gases medicinais necessários à condução do caso no domicílio |
| Inclui dietas enterais e suplementos orais e curativos especiais |
| Medicamentos até R$ 150,00 dose unitária (medicamentos de uso contínuo são de responsabilidade da família / Secretaria Municipal de Saúde (SMS) |
| EXAMES COMPLEMENTARES |
| Exames laboratoriais (inclui coleta e encaminhamento para rede referenciada) |
| ITENS/SERVIÇOS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA) |
| Medicamentos acima de R$150,00 dose unitária (Só podem ser incluídos medicamentos que estão na tabela PLANSERV) |
| Troca de botton, gastrostomia (faturar pacote que já inclui OPME e visita de especialista) |
| Remoções eletivas, exceto mudança de domicílio (incluso na diária) |
| Visita de especialistas (faturado conforme tabela disponibilizada), desde que indicadas pelo médico visitador e que não esteja prevista nos serviços inclusos (passagem de acesso venoso central, desbridamento e avaliação de troca/instalação de botton) |
| REMOÇÕES APH |
| Pacientes que tiverem intercorrências clínicas com necessidade de internação hospitalar deverão ser vinculados imediatamente aos Hospitais de origem, devendo, por segurança, haver contato prévio com a unidade. Quando o paciente residir em município divergente da unidade de saúde de origem, em unidades de saúde que estejam inativas ou unidade de origem com porta referenciada, deverá ser encaminhado para unidade mais próxima da sua residência que permita suporte adequado ao quadro. |

| Internação Domiciliar 24h sem ventilação mecânica | |
|---|---|
| VALOR REFERENCIAL: | DIÁRIA - R$ 1.009,08 |
| COMPOSIÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| Plantão do técnico de enfermagem 24h | Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE |
| Visitas médicas de rotina | Mínimo de 1x/ mês (e quantas mais forem necessárias) |
| Visitas da enfermeira de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Fisioterapia Motora e respiratória | Mínimo de 3x/ semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras). Conforme item 13 das observações gerais. |
| Avaliação Multiprofissional | Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Serviço Social (obrigatório anexar relatório de todos esses profissionais em PAD) |
| Acompanhamento Domiciliar | Assistente Social (paciente/família); Psicólogo (quando indicado) |
| Atendimento médico de urgência 24h sempre que necessário | Realizado por médicos e enfermagem da própria equipe, contando com ambulância UTI completamente equipada para os casos mais graves. Reinternamento do usuário na Rede Referenciada, caso necessário. A remoção está incluída. Caso a empresa credenciada não possua APH na área de atendimento deverá ser acionado o SAMU. |
| Remoção em ambulância UTI | Na implantação do paciente no domicílio e mudança de endereço, seguirá regramento do credenciamento de remoção terrestre, conforme item 12 das Observações Gerais. |
| Gerenciamento de enfermagem do caso | Implementação da SAE, gerenciamento de feridas, prevenção de infecção. |
| Gerenciamento médico do caso | Nas 24hs |
| Procedimentos clínicos e/ ou intervencionistas de baixa complexidade | Ex: acesso venoso central, desbridamentos (inclui honorários médicos e materiais) e avaliação para troca de button |
| Central de Atendimento à disposição 24h | • Contato e discussão de casos com equipe assistente;<br>• Direcionar chamados de emergência,<br>• Dúvidas e orientações<br>• Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio,<br>• Gerenciamento e agendamento de exames subsidiários, domiciliares ou não (taxa de coleta domiciliar inclusa),<br>• Gerenciamento e controle dos serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia e Nutrição),<br>• Gerenciamento e controle de gases medicinais,<br>• Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos. |
| INDICAÇÃO | |
| Hipersecreção brônquica em pacientes traqueostomizados, infusão venosa contínua, ventilação mecânica não invasiva contínua, quadro clínico instável, treinamento de cuidador, dieta enteral ou parenteral via bomba de infusão contínua. | |
| EQUIPAMENTOS | |
| Aspirador, bomba de infusão, cadeira de rodas, cadeira higiênica, cama hospitalar, colchão hospitalar, colchão caixa de ovo ou pneumático, comadre/papagaio, escada 2 degraus, estetoscópio, termômetro, monitor cardíaco, muleta, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, suporte de soro, concentrador e torpedo de oxigênio (inclui 02), dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) | |
| MEDICAMENTOS | |
| Soluções | |
| Medicamentos com valor unitário até R$10,00 (medicações de uso contínuo deverão ser de responsabilidade da família / SMS) | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | |
| Exames laboratoriais (inclui coleta e encaminhamento para rede referenciada). | |

*CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br*

| MATERIAIS |
|---|
| Agulhas, algodão, luvas, capas , ataduras, bisturi descartável, bolsas coletoras/colostomia, campo operatório, cânulas de traqueostomia e orotraqueal, cateter intravenoso periférico, cateter nasal, coletores, compressas, conector infusão sistema fechado, conector para oxigênio, dispositivo para incontinência urinária, equipos (todos), escalpes e jelcos, escova degermante descartável, esparadrapo impermeável, extensores, filtro umidificador, fios, fita hipoalergênica micropore, fixador de traqueostomia e SNE, 3 unidades/dia de fralda descartável, frascos para dieta, filmes transparentes, gaze estéril, gaze algodonada, polifix, lâmina bisturi estéril, lanceta e tiras para glicemia capilar, máscaras, obturador para cateter urostop, seringas, sondas (aspiração, foley, alimentação, retal, uretral, incluindo a xilocaína), torneirinhas, cateter venoso central (inclui curativo). |
| ITENS/SERVIÇOS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA) |
| Medicamentos acima de R$10,00 dose unitária (Só podem ser incluídos medicamentos que estão na tabela PLANSERV) |
| Troca de botton, gastrostomia (faturar pacote que já inclui OPME e visita de especialista) |
| Aluguel de ventilador e respirador |
| Remoção eletivas, exceto mudança de domicílio (incluso na diária). O valor deverá ser faturado conforme Credenciamento 002/2013 de Remoção terrestre. |
| Dietas enterais, parenterais e suplementos orais |
| Visita de especialistas (faturada conforme tabela), desde que indicadas pelo médico visitador e que não esteja prevista nos serviços inclusos (passagem de acesso venoso central, desbridamento e avaliação e instalação de botton). |
| Quimioterápicos, fonoterapia, curativos especiais |
| ITENS SEM COBERTURA |
| EPIs (gorro, máscaras, caixa perfuro cortante, aventais, propés etc.) |
| REMOÇÕES APH |
| Pacientes que tiverem intercorrências clínicas com necessidade de internação hospitalar deverão ser vinculados imediatamente aos Hospitais de origem, devendo, por segurança, haver contato prévio com a unidade. Quando o paciente residir em município divergente da unidade de saúde de origem, em unidades de saúde que estejam inativas ou unidade de origem com porta referenciada, deverá ser encaminhado para unidade mais próxima da sua residência que permita suporte adequado ao quadro. |

| Internação Domiciliar 12h | |
|---|---|
| VALOR REFERENCIAL: | R$ 663,69 |
| COMPOSIÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| Plantão do técnico de enfermagem 12h | Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE |
| Visitas médicas de rotina | Mínimo de 1x/ mês (e quantas mais forem necessárias) |
| Visitas da enfermeira de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Fisioterapia Motora e respiratória | Mínimo de 3x/ semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras). Conforme item 13 das observações gerais. |
| Avaliação Multiprofissional | Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Serviço Social (obrigatório anexar relatório de todos esses profissionais em PAD) |
| Acompanhamento Domiciliar | Assistente Social (paciente/família); Psicólogo (quando indicado) |
| Atendimento médico de urgência 24h sempre que necessário | Realizado por médicos e enfermagem da própria equipe, contando com ambulância UTI completamente equipada para os casos mais graves. Reinternamento do usuário na Rede Referenciada, caso necessário. A remoção está incluída. Caso a empresa credenciada não possua APH na área de atendimento deverá ser acionado o SAMU. |
| Remoção em ambulância UTI | Na implantação do paciente no domicílio e mudança de endereço, seguirá regramento do credenciamento de remoção terrestre, conforme item 12 das Observações Gerais. |
| Gerenciamento de enfermagem do caso | Implementação da SAE, gerenciamento de feridas, prevenção de infecção. |
| Gerenciamento médico do caso | 24hs |
| Procedimentos clínicos e/ou intervencionista de baixa complexidade. | Ex: acesso venoso central, desbridamentos (inclui honorários médicos e materiais) e avaliação para troca de botton |
| Central de Atendimento à disposição 24h | • Contato e discussão de casos com equipe assistente; |
| | • Direcionar chamados de emergência, |
| | • Dúvidas e orientações |
| | • Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio, |
| | • Gerenciamento e agendamento de exames subsidiários, domiciliares ou não (taxa de coleta domiciliar inclusa), |
| | • Gerenciamento e controle dos serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia e Nutrição), |
| | • Gerenciamento e controle de gases medicinais, |
| | • Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos. |
| INDICAÇÃO | |
| Hipersecreção brônquica em pacientes traqueostomizados, treinamento de cuidador, transição para um regime de menor complexidade, dieta enteral ou parenteral via bomba de infusão contínua. | |
| EQUIPAMENTOS | |
| Aspirador, bomba de infusão, cadeira de rodas, cadeira higiênica, cama hospitalar, colchão hospitalar, colchão caixa de ovo ou pneumático, comadre/papagaio, escada 2 degraus, estetoscópio, termômetro, monitor cardíaco, muleta, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, suporte de soro, concentrador e torpedo de oxigênio (inclui 02), dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) | |
| MEDICAMENTOS | |
| Medicamentos com valor unitário até R$10,00 (medicações de uso contínuo deverão ser de responsabilidade da família/SMS) | |
| Soluções | |

| EXAMES COMPLEMENTARES |
|---|
| Exames laboratoriais (inclui coleta e encaminhamento para rede referenciada). |
| MATERIAIS |
| Agulhas, algodão, luvas, capas , ataduras, bisturi descartável, bolsas coletoras/colostomia, campo operatório, cânulas de traqueostomia e orotraqueal, cateter intravenoso periférico, cateter nasal, coletores, compressas, conector infusão sistema fechado, conector para oxigênio, dispositivo para incontinência urinária, equipos (todos), escalpes e jelcos, escova degermante descartável, esparadrapo impermeável, extensores, filtro umidificador, fios, fita hipoalergênica micropore, fixador de traqueostomia e SNE, 3 unidades/dia de fralda descartável, frascos para dieta, filmes transparentes, gaze estéril, gaze algodonada, polifix, lâmina bisturi estéril, lanceta e tiras para glicemia capilar, máscaras, obturador para cateter urostop, seringas, sondas (aspiração, foley, alimentação, retal, uretral, incluindo a xilocaína), torneirinhas, cateter venoso central (inclui curativo). |
| ITENS/SERVIÇOS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA) |
| Medicamentos acima de R$10,00 dose unitária (Só podem ser incluídos medicamentos que estão na tabela PLANSERV) |
| Troca de botton, gastrostomia (faturar pacote que já inclui OPME e visita de especialista) |
| Aluguel de ventilador e respirador |
| Dietas enterais, parenterais e suplementos orais |
| Visita de especialistas (faturada conforme tabela), desde que indicadas pelo médico visitador e que não esteja prevista nos serviços inclusos (passagem de acesso venoso central, desbridamento e avaliação e instalação de botton). |
| Quimioterápicos, fonoterapia, curativos especiais |
| ITENS SEM COBERTURA |
| EPIs (gorro, máscaras, caixa perfuro cortante, aventais, propés etc.) |
| REMOÇÕES APH |
| Pacientes que tiverem intercorrências clínicas com necessidade de internação hospitalar deverão ser vinculados imediatamente aos Hospitais de origem, devendo, por segurança, haver contato prévio com a unidade. Quando o paciente residir em município divergente da unidade de saúde de origem, em unidades de saúde que estejam inativas ou unidade de origem com porta referenciada, deverá ser encaminhado para unidade mais próxima da sua residência que permita suporte adequado ao quadro. |

| Internação Domiciliar 6h | |
|---|---|
| VALOR REFERENCIAL: | R$ 490,55 |
| COMPOSIÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| Plantão do técnico de enfermagem 6h | Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE |
| Visitas médicas de rotina | Mínimo de 1x/ mês (e quantas mais forem necessárias) |
| Visitas da enfermeira de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Fisioterapia Motora e respiratória | Mínimo de 3x/ semana. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras). Conforme item 13 das observações gerais. |
| Avaliação Multiprofissional | Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Serviço Social (obrigatório anexar relatório de todos esses profissionais em PAD) |
| Acompanhamento Domiciliar | Assistente Social (paciente/família); Psicólogo (quando indicado) |
| Atendimento médico de urgência 24h sempre que necessário | Realizado por médicos e enfermagem da própria equipe, contando com ambulância UTI completamente equipada para os casos mais graves. Reinternamento do usuário na Rede Referenciada, caso necessário. A remoção está incluída. Caso a empresa credenciada não possua APH na área de atendimento deverá ser acionado o SAMU. |
| Remoção em ambulância UTI | Na implantação do paciente no domicílio e mudança de endereço, seguirá regramento do credenciamento de remoção terrestre, conforme item 12 das Observações Gerais. |
| Gerenciamento de enfermagem do caso | Implementação da SAE, gerenciamento de feridas, prevenção de infecção. |
| Gerenciamento médico do caso | 24hs |
| Procedimentos clínicos e/ou intervencionista de baixa complexidade. | Ex: acesso venoso central, desbridamentos (inclui honorários médicos e materiais) e avaliação para troca de botton |
| Central de Atendimento à disposição 24h | • Contato e discussão de casos com equipe assistente; |
| | • Direcionar chamados de emergência, |
| | • Dúvidas e orientações |
| | • Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio, |
| | • Gerenciamento e agendamento de exames subsidiários, domiciliares ou não (taxa de coleta domiciliar inclusa), |
| | • Gerenciamento e controle dos serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia e Nutrição), |
| | • Gerenciamento e controle de gases medicinais, |
| | Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos. |
| INDICAÇÃO | |
| Pacientes traqueostomizados, secretivos, treinamento de cuidador, transição para um regime de menor complexidade, hemotransfusão, múltiplas úlceras por pressão, com curativos complexos e outros procedimentos que ultrapassem duas horas de cuidado. | |
| EQUIPAMENTOS | |
| Aspirador, bomba de infusão, cadeira de rodas, cadeira higiênica, cama hospitalar, colchão hospitalar, colchão caixa de ovo ou pneumático, comadre/papagaio, escada 2 degraus, estetoscópio, termômetro, monitor cardíaco, muleta, nebulizador, oxímetro de pulso, tensiômetro, suporte de soro, concentrador e torpedo de oxigênio (inclui 02), dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) | |
| MEDICAMENTOS | |
| Medicamentos com valor unitário até R$10,00 (medicações de uso contínuo deverão ser de responsabilidade da família/SMS) | |

*CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br*

| |
|---|
| Soluções |
| EXAMES COMPLEMENTARES |
| Exames laboratoriais (inclui coleta e encaminhamento para rede referenciada). |
| MATERIAIS |
| Agulhas, algodão, luvas, capas , ataduras, bisturi descartável, bolsas coletoras/colostomia, campo operatório, cânulas de traqueostomia e orotraqueal, cateter intravenoso periférico, cateter nasal, coletores, compressas, conector infusão sistema fechado, conector para oxigênio, dispositivo para incontinência urinária, equipos (todos), escalpes e jelcos, escova degermante descartável, esparadrapo impermeável, extensores, filtro umidificador, fios, fita hipoalergênica micropore, fixador de traqueosotomia e SNE, 3 unidades/dia de fralda descartável, frascos para dieta, filmes transparentes, gaze estéril, gaze algodonada, polifix, lâmina bisturi estéril, lanceta e tiras para glicemia capilar, máscaras, obturador para cateter urostop, seringas, sondas (aspiração, foley, alimentação, retal, uretral, incluindo a xilocaína), torneirinhas, cateter venoso central (inclui curativo). |
| ITENS/SERVIÇOS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA) |
| Medicamentos acima de R$10,00 dose unitária (Só podem ser incluídos medicamentos que estão na tabela PLANSERV) |
| Troca de botton, gastrostomia (faturar pacote que já inclui OPME e visita de especialista) |
| Aluguel de ventilador e respirador |
| Remoção eletivas, exceto mudança de domicílio (incluso na diária). O valor deverá ser faturado conforme Credenciamento 002/2013 de Remoção terrestre. |
| Dietas enterais, parenterais e suplementos orais |
| Visita de especialistas (faturada conforme tabela), desde que indicadas pelo médico visitador e que não esteja prevista nos serviços inclusos (passagem de acesso venoso central, desbridamento e avaliação e instalação de botton). |
| Quimioterápicos, fonoterapia, curativos especiais |
| ITENS SEM COBERTURA |
| EPIs (gorro, máscaras, caixa perfuro cortante, aventais, propés etc.) |
| REMOÇÕES APH |
| Pacientes que tiverem intercorrências clínicas com necessidade de internação hospitalar deverão ser vinculados imediatamente aos Hospitais de origem, devendo, por segurança, haver contato prévio com a unidade. Quando o paciente residir em município divergente da unidade de saúde de origem, em unidades de saúde que estejam inativas ou unidade de origem com porta referenciada, deverá ser encaminhado para unidade mais próxima da sua residência que permita suporte adequado ao quadro. |

| Gerenciamento de Enfermagem - VALOR REFERENCIAL | |
|---|---|
| GERENCIAMENTO 1X/DIA | R$ 311,82 |
| GERENCIAMENTO 2X/DIA | R$ 338,35 |
| GERENCIAMENTO 3X/DIA | R$ 364,89 |
| GERENCIAMENTO ESPECIAL | R$ 613,01 |
| COMPOSIÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| Visita do técnico de enfermagem 1,2,3 ou 4x por dia ou permanência do técnico por 12h noturnas + um gerenciamento 1x/dia (gerenciamento especial). | Inclui todos os procedimentos de enfermagem indicados ao quadro clínico do paciente, conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. O gerenciamento especial pode ser feito com visitas técnicas 4x ao dia ou com a permanência do técnico pelas 12h noturnas acrescidas de uma visita durante o dia. |
| Visitas médicas de rotina | Mínimo de 1x/ mês (e quantas mais forem necessárias) |
| Visitas da enfermeira de rotina | Mínimo de 1x/ semana (e quantas mais forem necessárias) |
| Fisioterapia Motora e respiratória | As sessões de fisioterapia estão inclusas na diária do Gerenciamento, conforme frequência do mesmo, podendo faturar as sessões excedentes. Caso não haja indicação de acompanhamento com este profissional, deverá vir discriminado no relatório do médico do SAD. Inclui todos os equipamentos necessários à realização das sessões (inclusive CPAP e máscaras). |
| Avaliação Multiprofissional | Serviço Social (obrigatório anexar relatório desse profissional em PAD); Psicólogo, Fonoaudiólogo e Nutricionista, se necessário. |
| Acompanhamento Domiciliar | Assistente Social (paciente/família); Psicólogo (quando indicado) |
| Atendimento médico de urgência 24h sempre que necessário | Realizado por médicos e enfermagem da própria equipe contando com ambulância UTI completamente equipada para os casos mais graves nas intercorrências relacionadas ao quadro clínico assistido; para outros casos, a empresa orientará ao paciente/familiar/cuidador a acionar SAMU. |
| Remoção admissão / reinternamento | Reinternamento do usuário na Rede Referenciada, caso necessário. A remoção está incluída. |
| Gerenciamento de enfermagem do caso | Implementação da SAE, gerenciamento de feridas, prevenção de infecção. |
| Gerenciamento médico do caso | 24 Hs |
| Procedimentos clínicos e/ou intervencionista de baixa complexidade. | Ex: acesso venoso central, desbridamentos (inclui honorários médicos e materiais), avaliação para troca de botton. |
| Central de Atendimento à disposição 24h | • Contato e discussão de casos com equipe assistente; |
| | • Direcionar chamados de emergência, |
| | • Dúvidas e orientações |
| | • Fornecimento de prescrição médica e prontuário do paciente no domicílio, |
| | • Gerenciamento e agendamento de exames subsidiários, domiciliares ou não (taxa de coleta domiciliar inclusa), |
| | • Gerenciamento e controle dos serviços necessários a cada caso (Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia e Nutrição), |
| | • Gerenciamento e controle de gases medicinais, |
| | • Gerenciamento, controle e distribuição de materiais e medicamentos. |

| |
|---|
| INDICAÇÃO |
| Curativos de feridas complexas (a partir de grau 2), administração de medicações parenterais (cateter hidrolisado), aspirações de vias aéreas inferiores (quando tiver um critério clínico associado em programa de treinamento de cuidador). |
| EQUIPAMENTOS |
| Cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira higiênica, nebulizador, tensiômetro, suporte de soro, dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu), colchão caixa de ovo ou pneumático |
| MEDICAMENTOS |
| Medicamentos com valor unitário até R$10,00 (medicações de uso contínuo deverão ser de responsabilidade da família/SMS) |
| Soluções |
| MATERIAIS |
| Agulhas, algodão, luvas, capas , ataduras, bisturi descartável, bolsas coletoras/colostomia, campo operatório, cânulas de traqueostomia e orotraqueal, cateter intravenoso periférico, cateter nasal, coletores, compressas, conector infusão sistema fechado, conector para oxigênio, dispositivo para incontinência urinária, equipos (todos), escalpes e jelcos, escova degermante descartável, esparadrapo impermeável, extensores, filtro umidificador, fios, fita hipoalergênica micropore, fixador de traqueosotomia e SNE, frascos para dieta, filmes transparentes, gaze estéril, gaze algodonada, polifix, lâmina bisturi estéril, lanceta e tiras para glicemia capilar, máscaras, obturador para cateter urostop, seringas, sondas (aspiração, foley, alimentação, retal, uretral, incluindo a xilocaína), torneirinhas, cateter venoso central (inclui curativo). |
| ITENS/SERVIÇOS EXCLUÍDOS (DEMANDAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA) |
| Ventilador mecânico, monitor cardíaco, aspirador, oxímetro, concentrador, dietas enterais/ parenterais, suplementos orais, quimioterápicos, troca de botton, gastrostomia, fonoterapia, remoções eletivas. Visitas de especialistas, desde que indicadas pelo médico visitador e que não esteja prevista nos serviços inclusos (passagem de acesso venoso central e desbridamento). Instalação de botton e sonda de gastrostomia |
| Medicamentos acima de R$10,00 dose unitária (Só podem ser incluídos medicamentos que estão na tabela PLANSERV) |
| Remoção eletivas |
| Exames laboratoriais (inclui coleta e encaminhamento para rede referenciada) |
| ITENS SEM COBERTURA |
| EPIs (gorro, máscaras, caixa perfuro cortante, aventais, propés etc.) |
| REMOÇÕES APH |
| Pacientes que tiverem intercorrências clínicas com necessidade de internação hospitalar deverão ser vinculados imediatamente aos Hospitais de origem, devendo, por segurança, haver contato prévio com a unidade. Quando o paciente residir em município divergente da unidade de saúde de origem, em unidades de saúde que estejam inativas ou unidade de origem com porta referenciada, deverá ser encaminhado para unidade mais próxima da sua residência que permita suporte adequado ao quadro. |

**ANEXO II**

| DIETAS | |
|---|---|
| DESCRITIVO | VALOR |
| Dieta enteral normocalórica, normoproteíca, com e sem fibras (500ml). | R$ 87,25 |
| Dieta enteral normocalórica, normoproteíca, com e sem fibras (1000ml). | R$ 141,78 |
| Dieta enteral hipercalórica, normoproteíca, com e sem fibras (500ml) | R$ 109,06 |
| Dieta enteral hipercalórica, normoproteíca, com e sem fibras (1000ml) | R$ 185,41 |
| Dieta enteral hipercalórica, hiperproteica com ou sem fibras (500ml) | R$ 141,78 |
| Dieta enteral hipercalórica, hiperproteica com ou sem fibras(1000ml) | R$ 207,22 |
| Dieta enteral normocalórica e hiperprotéica com ou sem fibras (500ml) | R$ 174,50 |
| Dieta enteral padrão normocalórica, hiperproteica, com ou sem fibras (1000ml). | R$ 196,31 |
| Dieta enteral Normocalórica e Normoprotéica para diabético (1000ml) | R$ 218,13 |
| Dieta enteral líquida pediátrica, polimérica, normocalórica, normoproteica, com/sem fibras (500ml). | R$ 87,25 |
| Dieta enteral líquida pediátrica, polimérica, hipercalórica, normoproteica, com e sem fibras (500ml). | R$ 109,06 |
| Dieta enteral em pó pediátrica, polimérica, normocalórica, normoproteica, com e sem fibras (400g) | R$ 87,25 |
| Dieta enteral em pó pediátrica, polimérica, normocalórica, normoproteica, com e sem fibras (800g). | R$ 103,61 |
| Dieta enteral em pó pediátrica, oligomérica, normocalórica, normoproteica, com e sem fibras (400g) | R$ 174,50 |
| Suplemento oral hipercalórico, normoproteico, com e sem fibra(125ml/200ml/237ml). | R$ 26,18 |
| Suplemento oral hipercalórico, hiperproteico, com e sem fibras (200ml/220ml/240ml) | R$ 27,27 |
| Suplemento oral oligomérico, normoprotéico e hipercalórico (250ml) | R$ 41,44 |
| Suplemento oral polimérico, normocalórico e hiperprotéico (200ml) | R$ 27,27 |
| Suplemento oral oligomérico, normocalórico e hiperprotéico (200ml) | R$ 38,17 |
| Suplemento oral hipercalórico, hiperproteico com consistência cremosa (125g/200g). | R$ 30,54 |
| Suplemento oral pediátrico Hipercalórico, Normoproteíco, com e sem fibra (125ml/200ml/237ml). | R$ 26,18 |
| Suplemento oral pediátrico Hipercalórico, Normoproteíco, com e sem fibra (370g/400g). | R$ 32,72 |
| Suplemento oral - módulo lipídico (120ml/200ml/250ml) | R$ 59.98 |
| Módulo de proteína (240g a 300g) | R$ 130,88 |
| Espessante lata (125g a 250g). | R$ 152,69 |
| Simbiótico sachê | R$ 7,42 |
| Suplemento Nutricional normocalórico e normoprotéico em pó (400g) | R$ 52,35 |
| Suplemento Nutricional normocalórico e hiperprotéico em pó para diabético (400g) | R$ 65,44 |
| Suplemento Nutricional normocalórico e normoprotéico para diabético (200ml) | R$ 27,27 |
| Suplemento Nutricional hipercalórico e hiperprotéico sem sacarose (200ml) | R$ 32,72 |
| Suplemento Nutricional normocalórico e hiperprotéico para diabético (200ml) | R$ 27,27 |
| Suplemento Nutricional Hipercalórico e Hiperprotéico em pó (370g) | R$ 65,44 |
| Módulo de glutamina em pó (400g) | R$ 218,13 |
| Módulo de Fibras em pó lata (250g/300g) | R$ 100,88 |
| Aminoácido livre | R$ 294,47 |
| Proteína extensamente hidrolisada | R$ 158,14 |

*CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br*

| | |
|---|---|
| Proteína parcialmente hidrolisada | R$ 87,25 |
| Antirrefluxo | R$ 27,27 |
| Isenta de lactose | R$ 38,62 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica, acesso central, volume aproximado de 1000 ml | R$ 436,25 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica acesso central, volume aproximado de 2000 ml | R$ 490,78 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica (óleo de peixe, óleo de coco, azeite de oliva e óleo de soja), acesso central, volume aproximado de 1500 ml. 1600KCAL | R$ 545,31 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica (óleo de peixe, óleo de coco, azeite de oliva e óleo de soja), acesso central, volume aproximado de 1900 ml. 2200KCAL | R$ 632,56 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica, acesso periférico, volume aproximado de 1400 ml. 1000KCAL | R$ 305,38 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica, acesso periférico, volume aproximado de 1900 ml. 1400KCAL | R$ 490,78 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica (óleo de peixe, óleo de coco, azeite de oliva e óleo de soja), acesso periférico, volume aproximado de 1200 ml. 800KCAL | R$ 327,19 |
| Dieta parenteral, contendo aminoácidos, glicose e emulsão lipídica (óleo de peixe, óleo de coco, azeite de oliva e óleo de soja) acesso periférico, volume aproximado de 1900 ml. 1300KCAL | R$ 490,78 |

| OBSERVAÇÕES GERAIS |
|---|
| 1. Para treinamento do cuidador, serão disponibilizadas diárias de ID conforme autorização prévia do NAD. |
| 2. Está incluso, nas diárias de ID, o quantitativo de 03 fraldas descartáveis/dia. |
| 3. Estão excluídos das diárias, sendo de responsabilidade da família, os cosméticos e tópicos de prevenção de solução de continuidade cutânea. |
| 4. O acompanhamento de fonoterapia será faturado conforme tabela referência, exceto na diária de ID 24hs com ventilação mecânica (já incluso o acompanhamento); |
| 5. Nos casos dos pacientes que estejam em gerenciamento sem procedimento, apenas em serviço, a visita médica será faturada no valor de R$ 221,69. A visita de enfermagem será faturada no valor de R$ 57,55. A visita de psicologia, será faturada no valor unitário de R$ 83,12. |
| 6. As visitas de nutrição, quando não inclusas na diária, devem ser faturadas no valor unitário de R$ 57,55. As visitas de psicologia, quando não inclusas na diária, devem ser faturadas no valor unitário de R$ 83,12. |
| 7. Em diárias de gerenciamentos, as coletas de exames devem ser faturadas no valor de R$ 45,01 (inclui materiais, coleta e encaminhamento para rede referenciada). Solicitar autorização do NAD |
| 8. Os curativos especiais só serão autorizados para tratamento de lesões e estão excluídos da diária, exceto em diária de ventilação mecânica. Quando a mudança de conduta implicar no quantitativo de taxas, deverá ser solicitada autorização prévia. |
| 9. A remuneração para materiais, medicamentos devem ser faturados conforme a tabela referência do PLANSERV<br>a) Curativos: R$ 86,90, valor unitário de cada produto/ cobertura.<br>b) Coberturas de gazes não aderentes, exceto as compostas com PHMB, já estão inclusas no pacote de gerenciamento. |
| 10. As seringas de dieta (60ml e 20ml), frasco e equipo gravitacional estão inclusas já no valor da dieta. |
| 11. As trocas de SNE e SVD para pacientes que estão em programa de serviços parciais (fisioterapia e /ou fonoterapia) devem ser faturadas como pacote de G1 (R$ 300,37) que inclui procedimento, mat/med e visita do profissional que prestou a assistência. Devendo ser autorizado previamente pelo NAD |
| 12. Na implantação do paciente, o transporte está incluído no serviço até 100 Km de percurso e /ou 2 h de duração, devendo ser faturado apenas o excedente, conforme credenciamento de Remoções Terrestres. No entanto, quando se tratar de remoções de caráter eletivo (exames, consultas, procedimentos, mudança de endereço) com origem do paciente no seu domicílio, a cobrança será considerada a partir do município de residência do paciente. |
| 13. Nos casos de ID para antibioticoterapia EXCLUSIVA, deverá ser avaliado indicação técnica e quadro clínico do paciente, para as sessões de fisioterapia. |

## LOTE II - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA DOMICILIAR

| VALORES PARA AS MACRORREGIÕES LESTE, CENTRO LESTE, NORDESTE | | | |
|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIÇÃO | UNIDADE MEDIDA | VALOR / MÊS |
| 1 | Oxigênio medicinal - cilindro de 4 a 10m³ com oxigênio gasoso Air medicinal | m³ | R$ 11,86 |
| 2 | Torpedo Portátil - 1m³ | unidade | R$ 16,02 |
| 3 | Concentrador c/ backup - concentrador de oxigênio | unidade | R$ 244,65 |
| 4 | CPAP - Com possibilidade de telemonitoramento/conectividade remota integrada com transmissão automática dos dados a distância para nuvem. | unidade | R$ 280,72 |
| 5 | BIPAP - respirador mecânico não invasivo. | unidade | R$ 802,10 |
| 6 | Ventilador suporte de vida. | unidade | R$ 1.644,29 |
| 7 | Oxímetro de pulso | unidade | R$ 200,42 |
| 8 | Concentrador O2 Portátil, homologado para transporte. | unidade | R$ 1.566,66 |

| VALORES PARA AS MACRORREGIÕES SUL, SUDOESTE E EXTREMO SUL | | | |
|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIÇÃO | UNIDADE MEDIDA | VALOR / MÊS |
| 1 | Oxigênio medicinal - cilindro de 4 a 10m³ com oxigênio gasoso Air medicinal | m³ | R$ 30,07 |
| 2 | Torpedo Portátil - 1m³ | unidade | R$ 30,07 |
| 3 | Concentrador c/ backup - concentrador de oxigênio | unidade | R$ 501,31 |
| 4 | CPAP - respirador mecânico não invasivo com cartão USB. Com possibilidade de telemonitoramento/conectividade remota integrada com transmissão automática dos dados a distância para nuvem. | unidade | R$ 551,44 |
| 5 | BIPAP - respirador mecânico não invasivo. | unidade | R$ 2.506,52 |
| 6 | Ventilador suporte de vida. | unidade | R$ 3.204,33 |
| 7 | oxímetro de pulso | unidade | R$ 467,72 |
| 8 | Concentrador O2 Portátil, homologado para transporte. | unidade | R$ 1.566,66 |

| VALORES PARA AS MACRORREGIÕES CENTRO NORTE, NORTE E OESTE | | | |
|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIÇÃO | UNIDADE MEDIDA | VALOR / MÊS |
| 1 | Oxigênio medicinal - cilindro de 4 a 10m³ com oxigênio gasoso Air medicinal | m³ | R$ 49,51 |
| 2 | Torpedo Portátil - 1m³ | unidade | R$ 43,90 |
| 3 | Concentrador c/ backup - concentrador de oxigênio | unidade | R$ 549,44 |
| 4 | CPAP - Equipamento de Pressão positica continua; cartão USB. Com possibilidade de telemonitoramento/conectividade remota integrada com transmissão automática dos dados a distância para nuvem. | unidade | R$ 657,72 |
| 5 | BIPAP - respirador mecânico não invasivo. | unidade | R$ 2.743,15 |
| 6 | Ventilador suporte de vida. | unidade | R$ 3.511,11 |
| 7 | Oxímetro de pulso | unidade | R$ 524,00 |
| 8 | Concentrador O2 Portátil, homologado para transporte. | unidade | R$ 1.566,66 |

## ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Os equipamentos deverão possuir as seguintes especificações técnicas:

| a) CONCENTRADOR ESTACIONÁRIO DE OXIGENIO | |
|---|---|
| -Fluxo | -0,5 a 8 ou 10 litros por minuto. |
| -Concentração | -Mínima de oxigênio a máxima vazão: 94% |
| -Nível máximo de ruído acústico produzido pelo compressor: | -55 decibéis |
| -Móvel | -Montado sobre rodízio, |
| -Dispositivo para controle de fluxo em incremento | -Igual ou menor que 0,5 litros por minuto, |
| -Filtro | -De remoção de poeiras, bactérias e outras partículas; |
| -Sistema | -Adaptação para umidificador |
| | -De alarmes visual e sonoro para indicação de defeitos e intercorrências, como: queda, falha elétrica, e concentração de $O^2$ fora dos parâmetros; |
| - Alimentação elétrica: | - Devem ser disponibilizadas unidades para rede de 110/127 volts/60 Hz ou 220 volts/60 Hz, |
| - Consumo mensal de energia entre | - Entre 300-600 Kwh; |
| - Cilindros auxiliares de oxigênio gasoso medicinal. | - Estão inclusos; |
| | - Em regime de comodato; |
| | - Com capacidade individual de 4 m³; |
| | - A ser mantido como reserva de segurança junto a cada concentrador; |
| | - Contendo válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo, umidificador, cateter nasal, óculos nasal ou cateter transtraqueal, mangueiras etc. para os cilindros acima citados, com adaptador de saída |
| - Cilindros composto contendo: | - Válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo, umidificador, cateter nasal, óculos nasalou cateter transtraqueal, mangueiras etc. para os cilindros acima citados, dotados de adaptador de saída |
| b) RESPIRADOR MECÂNICO NÃO INVASIVO - BIPAP (ou SIMILAR) | |
| - Modo de ventilação | - CPAP, assistido, assistido/ controlado, controlado. |
| - Variação de pressão - | - IPAP 4 a 30cm H2O e EPAP 4 a 25 cm H20 |
| - Frequência respiratória - | - 4 a 30 mpm |
| - Alimentação elétrica - | - Disponibilizar unidades para rede de 110/127 volts 60 Hz ou 220-230 volts /60 Hz |
| Acessórios e descartáveis que devem acompanhar que se fizerem necessários: | |
| - Suporte para umidificador aquecido | |
| - Kit castor para fixação | |
| - Gerenciador back-up de energia | |
| - Umidificador aquecido | |
| - Traqueia máscara gel, fixador para máscara (para prender a máscara no rosto) | |
| - Câmara para umidificador aquecido | |
| - Circuito descartável; | |

*CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br*

DIÁRIO OFICIAL
República Federativa do Brasil - Estado da Bahia
SALVADOR, **QUARTA-FEIRA**, 15 DE ABRIL DE 2026 - ANO CX - Nº 24.376

| | |
|---|---|
| - Filtro bacteriológico e demais acessórios e descartáveis que se fizerem necessários | |
| - No break com 6:00 (seis) horas de duração. | Modelo nobreak online/ em serie. |
| c) CPAP (ou SIMILAR) - Equipamento de Pressão positiva continua | |
| - Modo de ventilação | - CPAP; |
| - Variação de pressão - | 4-20cmH2O |
| - Rampa | 0 a 45min |
| - Alimentação elétrica - | - 100 - 240 V (bivolt) |
| - Entrada para cartão de dados que registre hora de uso e adesão. Com possibilidade de telemonitoramento/conectividade remota integrada com transmissão automática dos dados a distância para nuvem | |
| Acessórios e descartáveis que devem acompanhar e que se fizerem necessários: | |
| - Umidificador aquecido | |
| - Kit castor para fixação | |
| - Traqueia, máscara nasal, fixador para máscara (para prender a máscara no rosto) | |
| - Câmara para umidificador aquecido | |
| - Circuito descartável | |
| - Demais acessórios e descartáveis que se fizerem necessários | |
| d) RESPIRADOR MECÂNICO INVASIVO | |
| - Modo de ventilação | - CPAP, S, S/T, T, PC-SIMV (PS), AC, SIMV (PS), CV |
| - Intervalo de pressão | até 50 cm H20 |
| - Frequência respiratória | Até 60 irpm |
| - Alimentação elétrica | - 100 - 240 V (bivolt) |
| - Inspiração com tempo controlado | 0.3 - 5.0 segs |
| - Tempo de elevação | -7 |
| - Pressão de suporte | - 0 - 30 cm H20 |
| - Pressão automática | - Não |
| - Volume Corrente | - 50 - 2000 ml |
| Acessórios e descartáveis que devem acompanhar e que se fizerem necessários: | |
| - Suporte para umidificador aquecido | |
| - Kit castor para fixação | |
| - Gerenciador back-up de energia | |
| - Umidificador aquecido | |
| - Traqueia máscara gel, fixador para máscara (para prender a máscara no rosto) | |
| - Câmara para umidificador aquecido | |
| - Circuito descartável; | |
| - Filtro bacteriológico e demais acessórios e descartáveis que se fizerem necessários | |
| - No break com 6:00 (seis) horas de duração. | - Modelo nobreak online, em serie |
| - Bateria destacável | |
| - Dispositivo de expiração passiva | |
| - Dispositivo de expiração ativa | |
| - Tubulação da linha da válvula de expiração | |
| - Sensor de fluxo | |
| - Bolsa | |
| - Tubo flexível | |
| - Cartão de dados SD | |
| - Filtros de espuma | |
| - Conectores rápidos válvula de O² | |
| - Bloco da porta de expiração | |
| - Cabo de força AC | |
| e) OXIMETRO DE PULSO | |
| - Mediação: | - Saturação periférica de oxigênio e frequência cardíaca em pacientes adultos e pediátricos; |
| - Tecla de silenciamento, alarme audiovisual regulável; | |
| - Alimentação: bateria recarregável ou rede elétrica A/C 110 ou 220 volts | |
| - Acessórios que devem acompanhar e que se fizerem necessários: | |
| - Sensor de dedo adulto e pediátrico. | |
| f) OXIGÊNIO GASOSO MEDICINAL | |
| - Acondicionado em cilindro com capacidade individual de 4-10m3, acompanhado de: | - Válvulas reguladoras de pressão com manômetro, fluxômetro, copo, umidificador, cateter nasal transtraqueal, mangueiras etc. Para os cilindros acima citados, dotadas de adaptador de saída; |
| | - Cilindros auxiliares de oxigênio gasoso medicinal com capacidade individual de 1m3 em regime de comodato, para ser mantido em caso de necessidade de transporte. |
| g) CONCENTRADOR PORTÁTIL DE OXIGÊNIO HOMOLOGADO PARA TRANSPORTE | |
| Acessórios e descartáveis que devem acompanhar:<br>- Manual do fabricante<br>- Bolsa para transporte<br>- Bateria<br>- Fonte de alimentação universal<br>- Cabos de CA/CC<br>- Alça para o ombro. | |

| |
|---|
| Tecnologia UltraSense. |
| Atender às diretrizes da FAA para uso em voos aéreos comerciais e da Aviação Civil (ANAC) para uso em voos comerciais. Com opções de baterias que podem ser trocadas pelo usuário com até 8 horas de duração |
| Local de entrega: determinado pelo NAD/ DIREG/ SUREGS |
| Modo e condições de entrega: Realizada pelo fisioterapeuta que aplicará o treinamento de uso ao paciente. Para a adaptação e uso de um concentrador portátil de oxigênio, é essencial que o relatório médico seja detalhado e completo. Este documento, elaborado pelo médico responsável pelo tratamento do paciente, deve incluir informações que comprovem a adaptabilidade do paciente ao dispositivo, bem como detalhes sobre a sua autonomia e fluxo. Além disso, o relatório deve ser utilizado pelo fisioterapeuta para aplicar e treinar o paciente no uso do concentrador portátil. É necessário também o uso de um oxímetro para monitorar continuamente a saturação de oxigênio no sangue, garantindo a segurança. |
| Cada unidade do equipamento deverá vir acompanhado de uma bateria extra |

**RESPONSABILIDADES NA OXIGENOTERAPIA VENTILATÓRIA DOMICILIAR**:

| RESPONSABILIDADES NO GERENCIAMENTO | CONTRATANTE | CONTRATADA |
|---|---|---|
| 1. Estrutura física e material permanente | | X |
| 2. Equipamentos (CONCENTRADOR, TORPEDOS, CPAP [COM LEITURA DE CARTÃO], BIPAP, VENTILADOR SUPORTE DE VIDA, RESSUSCITADOR MANUAL) | | X |
| 3. Insumos (aquisição, reposição contínua) | | X |
| 4. Recursos Humanos | | X |
| 5. Sistemas de Informação e Gerenciamento (gestão da informação) Internet, Intranet. | X | X |
| 6.Custos com internet e telefonia (da base do serviço) | X | X |
| 7.Implantação dos postos de distribuição | | X |

**ROBERTA SILVA DE CARVALHO SANTANA**
Secretária da Saúde

**EDITAL DE NOTIFICAÇÃO**

Atendendo ao disposto no art. 263 da Lei Estadual nº 14.878/25, a Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia - DIVISA/BA, em razão da não localização do autuado por via postal, procede a **NOTIFICAÇÃO** mediante publicação no Diário Oficial do Estado da Bahia da Decisão proferida nos autos do Processo Administrativo Sanitário **SEI nº 019.11982.2025.0035821-16**, tendo como Autuado **Hydrus Água Mineral Ltda. (Hydrus Água Mineral)**, CNPJ **26.143.855/0001-65**, pelo reconhecimento da subsistência do Auto de Infração **nº 00108883667 e 00112515949 (SEI)**, aplicando a penalidade de **Multa.**
Publique-se. Registre-se.
Intime-se, o Autuado para, querendo, apresentar, no prazo de **15 (quinze) dias**, recurso através do peticionamento eletrônico intercorrente no Processo supracitado, nos termos do art. 271 da Lei Estadual n° 14.878/25.

Salvador, 15 de abril de 2026.

**Eliana Cristina De Santana Fiais**
**Diretora**
**Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental**

PORTARIA Nº 21, DE 14 DE ABRIL DE 2026.
O DIRETOR GERAL DO COMPLEXO HOSPITALAR DE VITÓRIA DA CONQUISTA, no uso das suas atribuições legais conferidas pelo Decreto Simples publicado no Diário Oficial do Estado da Bahia n.º 23.754, de 23 de setembro de 2023, em atenção ao disposto nos artigos 204 c/c 205 e seguintes da Lei Estadual nº. 6.677/1994, e tendo em vista o constante no Processo SEI n.º 019.9855.2024.0083483-14
RESOLVE:
Instaurar o procedimento de sindicância nº 019.0497.2026.0068214-88, designando os servidores: Juliana Oliveira Santos, matrícula n.º 195366531; membros: Zilda Borges Montalvão Ferraz, matrícula nº 195510677 Ana Carolina de Aguiar Sirino, matrícula nº 195205599, para, sob a presidência do(a) primeiro(a), apurar denúncia ocorrido em unidade do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista, devendo a Comissão concluir os trabalhos no prazo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da data de publicação, admitida desde já, uma prorrogação deste prazo por igual período, conforme art. 205, § 3º, da Lei 6.677/94, em face de circunstâncias excepcionais ou imperiosas para a conclusão dos trabalhos.
Vitória da Conquista/Estado da Bahia, aos 14 do mês de abril de 2026.
GERARDO AZEVEDO JÚNIOR
Diretor Geral

## Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – HEMOBA

**Portaria Nº 01050424 de 14 de Abril de 2026**
**O(A) Diretor Geral do(a) FUND DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA BA - HEMOBA**, no uso de suas atribuições, **resolve** designar **KATIA MARIA BARBOSA SANTOS**, matrícula nº 92077241, para, em razão de Férias no período de 11 de Maio de 2026 a 09 de Junho de

*CÓPIA - Consulte informação oficial em www.dool.egba.ba.gov.br*