



PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

### **INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SIS Nº 16, DE 2021**

*Regulamenta o Programa de Atenção Domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde.*

**O CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO SENADO FEDERAL**, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 55 do Regulamento do Sistema Integrado de Saúde – SIS, constante no Anexo VI do Regulamento Administrativo do Senado Federal, consolidado pela Resolução do Senado Federal nº 13, de 2018;

Considerando as decisões deste Conselho na 195ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de abril de 2021, bem como na 197ª Reunião Ordinária, realizada em 9 de junho de 2021, e na 201ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de outubro de 2021; RESOLVE:

Art. 1º O Programa de Atenção Domiciliar é o conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio em função da complexidade assistencial e avaliação socioambiental, realizado por equipe multiprofissional que objetiva a promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação; desenvolvido fora do ambiente hospitalar e estabelecido conforme as necessidades do beneficiário.

§1º O Programa de Atenção Domiciliar poderá ocorrer em cinco modalidades:

- I - Internação domiciliar (home care);
- II - Assistência de enfermagem sem internação domiciliar;
- III - Assistência de cuidador;
- IV - Oxigenoterapia domiciliar;
- V - Suporte terapêutico domiciliar.

§2º O Programa de Atenção Domiciliar poderá englobar assistência multidisciplinar, a saber: fisioterapia, nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e outras assistências profissionais de saúde, cujas necessidades serão avaliadas e definidas pela perícia do SIS.

§3º É vedado o acúmulo das modalidades elencadas no §1º, com exceção da oxigenoterapia domiciliar, que poderá ser prestada isolada ou concomitantemente.

§4º As modalidades de internação domiciliar (home care) e oxigenoterapia domiciliar serão prestadas por meio da rede credenciada ou, na modalidade livre escolha, por empresas não credenciadas ou conveniadas ao SIS, mediante pagamento direto e posterior solicitação de ressarcimento de despesas.





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

§5º O suporte terapêutico será prestado unicamente por meio da rede credenciada ou conveniada ao SIS.

§6º A assistência de cuidador e de técnico de enfermagem sem internação domiciliar será prestada unicamente por meio da livre escolha, mediante pagamento direto e posterior solicitação de ressarcimento de despesas.

§7º A assistência de cuidador e de técnico de enfermagem sem internação domiciliar constitui-se em auxílio financeiro, conforme valores descritos no art. 7º.

§8º As modalidades internação domiciliar e oxigenoterapia poderão ser prestadas a beneficiários que se encontrem em instituições de longa permanência ou outras modalidades de residência, desde que necessitem de cuidados médicos de alta complexidade, segundo critérios técnicos de elegibilidade e mediante autorização prévia da perícia do SIS.

§9º Nos termos das exclusões de cobertura da Resolução nº 13, de 2018, artigo 37, inciso VI, a cobertura prevista no artigo 1º, § 8º, desta Instrução Normativa não poderá resultar em pagamento ou reembolso por qualquer serviço prestado pela instituição de residência do beneficiário, devendo ser realizada exclusivamente por empresas prestadoras de serviço de assistência domiciliar, sejam credenciadas, sejam na modalidade reembolso

Art. 2º O Programa de Atenção Domiciliar utilizará as tabelas de avaliação de complexidade assistencial do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD e da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID (anexo I) como critérios para elegibilidade e classificação das necessidades do beneficiário. As tabelas serão preenchidas pela perícia do SIS para avaliação do quadro do beneficiário, recorrendo o médico ou enfermeiro à visita hospitalar ou domiciliar.

Parágrafo único. A perícia do SIS, de forma excepcional, por meio de relatório técnico circunstanciado, poderá adequar as condições de atendimento do beneficiário em casos em que as tabelas acima não reflitam, de maneira tecnicamente adequada, as reais necessidades do paciente.

Art. 3º O prazo máximo para avaliação pericial será de 2 (dois) dias úteis nos casos de solicitação de beneficiário hospitalizado e de 10 (dez) dias úteis, nos demais casos.

Art. 4º O SIS credenciará empresas habilitadas no mercado a prestar os serviços de atenção domiciliar a fim de facilitar aos beneficiários a escolha do prestador para a sua necessidade.

§1º O SIS manterá um histórico das empresas credenciadas registrando avaliações dos beneficiários, atendimentos prestados, experiências e qualificações, exigindo uma estrutura mínima administrativa, de material e de recursos humanos.





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

§2º Visando uma melhoria contínua na prestação do serviço, havendo entidades credenciadas pelo SIS em condições de prestar a assistência ao beneficiário, o SIS incentivará o beneficiário a dar prioridade a estas empresas.

Art. 5º É vedado em qualquer hipótese que os profissionais que prestarão os serviços tenham com o beneficiário qualquer vínculo familiar.

### **DAS ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM SEM INTERNAÇÃO DOMICILIAR, CUIDADOR, OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR E SUPORTE TERAPÊUTICO**

Art. 6º Poderá solicitar a modalidade de assistência de enfermagem sem internação domiciliar ou assistência de cuidador o beneficiário portador de enfermidade, impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), entendidas como aquelas relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, arrumar-se, mobilizar-se, locomover-se, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro e manter controle sobre suas eliminações fisiológicas.

§1º Será autorizada a assistência de cuidador ao beneficiário enquadrado como portador de dependência parcial, e assistência de enfermagem para o portador de dependência total, conforme a avaliação do perito do SIS, utilizando na análise o instrumento denominado escore de KATZ, integrante do instrumento NEAD, de acordo com o Art. 2º.

§2º As modalidades de assistência de enfermagem sem internação domiciliar e de assistência de cuidador englobam somente o reembolso parcial pelos serviços prestados, não contemplando o reembolso pelo uso de materiais e medicamentos.

Art. 7º O ressarcimento máximo nas modalidades de assistência de enfermagem sem internação ou de assistência de cuidador, para cada período de 12 horas, obedecerá aos seguintes valores:

I - R\$ 105,00 (cento e cinco reais), quando prestado por técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - R\$ 46,00 (quarenta e seis reais), quando prestado por cuidador.

Art. 8º Mediante autorização prévia da perícia do SIS, poderão ser fornecidos os seguintes equipamentos, por empresa credenciada ou de livre escolha do beneficiário:

I - Cama hospitalar;

II - Cadeira de rodas;

III - Cadeira de banho;





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

IV - Oxímetro;

V - Escada para cama hospitalar.

§1º Os equipamentos previstos no *caput*, se fornecidos por empresa de livre escolha do beneficiário na modalidade locação, serão ressarcidos pelo SIS pelo valor da nota fiscal correspondente, não podendo ultrapassar os limites estabelecidos na tabela anexa a esta Instrução Normativa (anexo II).

§2º O beneficiário será responsável por manter em perfeitas condições os equipamentos fornecidos para a sua assistência, arcando com eventuais danos causados a eles por mau uso ou imperícia.

Art. 9º A modalidade de oxigenoterapia compreende o aluguel de concentrador de oxigênio, fixo ou portátil, gerenciador de energia e cilindro de oxigênio pequeno para transporte.

Art. 10. A modalidade de suporte terapêutico é indicada aos casos em que há apenas necessidade de atendimento pontual, entendido como aquela demanda que não requer a assistência do profissional de enfermagem de forma ininterrupta em um período de 12 ou 24 horas. São elegíveis a esta modalidade:

I - Realização ou troca de curativo;

II - Antibioticoterapia parenteral domiciliar.

§1º A assistência prevista no *caput* será prestada por profissional de enfermagem de nível médio ou superior.

§2º Não é permitido o acúmulo do suporte terapêutico com as modalidades de assistência de enfermagem sem internação domiciliar e de internação domiciliar (home care).

Art. 11. A solicitação de autorização prévia de assistência de enfermagem sem internação domiciliar, de assistência de cuidador, oxigenoterapia e suporte terapêutico deverá ser apresentada mediante apresentação dos seguintes documentos:

I - Requerimento de autorização: formulário próprio (anexo IV) disponibilizado em endereço eletrônico do SIS;

II - Relatório do médico assistente, como validade de 60 (sessenta) dias, contendo a descrição do quadro clínico e justificativas para assistência domiciliar, podendo a perícia do SIS, a seu critério, solicitar documentações complementares que auxiliem na avaliação do caso.

Parágrafo único. A autorização para os serviços listados no *caput* deste artigo terá validade de 180 dias ou menor período, quando estabelecido pela perícia do SIS, de acordo com o quadro clínico do beneficiário.





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

### **DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)**

Art. 12. Considera-se elegível para internação domiciliar (home care) o portador de enfermidade clínica ativa, hemodinamicamente estável, de alta ou média complexidade, que demande atenção médica ou multidisciplinar continuada, e cuja permanência em internação hospitalar não seja necessária ou recomendada.

Parágrafo único. A internação domiciliar (home care) dependerá de prévia autorização do SIS, devendo ser satisfeitos os critérios de elegibilidade descritos no anexo I. Cabe à perícia decidir sobre o pedido, definindo os procedimentos, materiais, serviços, equipamentos e medicamentos autorizados de forma a melhor atender as necessidades do beneficiário.

Art. 13. A solicitação de autorização prévia para internação domiciliar (home care) será feita pelo beneficiário titular ou seu responsável, e deverá incluir os seguintes documentos:

I - Requerimento de autorização: formulário próprio (anexo IV), disponibilizado em endereço eletrônico do SIS;

II - Relatório emitido nos últimos 30 (trinta) dias, assinado pelo médico assistente do beneficiário, com indicação da assistência desejada, acompanhado de laudos e demais informações que a perícia solicitar;

III - Se for o caso, consentimento por escrito do responsável pelo beneficiário, mediante assinatura do Termo de Responsabilidade disponibilizado pelo SIS.

Art. 14. Compete ao responsável pelo beneficiário:

I - Realizar os procedimentos orientados pela equipe de assistência;

II - Acompanhar a evolução do quadro clínico do beneficiário;

III - Informar imediatamente ao SIS quaisquer alterações do quadro clínico do beneficiário que impliquem mudanças na atenção domiciliar ou interrupção do tratamento, inclusive aquelas que alterem os custos da assistência.

Art. 15. São passíveis de cobertura os seguintes serviços e procedimentos:

I - Visita médica;

II - Consulta domiciliar com médico especialista;

III - Supervisão e cuidados de enfermagem;

IV - Fisioterapia motora e/ou respiratória;





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

- V - Fonoaudiologia;
- VI - Psicologia;
- VII - Terapia ocupacional;
- VIII - Avaliação nutricional;
- IX - Medicamentos de uso eventual;
- X - Mobiliário hospitalar e equipamentos;
- XI - Materiais utilizados nos procedimentos;
- XII - Nutrição enteral e parenteral;
- XIII - Outros, desde que previamente autorizados pelo SIS.

§1º A consulta médica de especialista tem caráter eventual, independente da especialidade médica, e não poderá ser paga ao médico assistente que acompanha regularmente o beneficiário, devendo, no entanto, ser por este requerida quando houver a necessidade de avaliação e parecer do médico especialista.

§2º Nos casos em que houver uso de dieta enteral e for encontrada no mercado dieta com custos abaixo dos cobrados pela empresa conveniada que está prestando os serviços de internação domiciliar (home care), poderá ser realizado o reembolso mediante apresentação da respectiva nota fiscal.

Art. 16. Excluem-se da cobertura os seguintes itens:

- I - Alimentos, vitaminas, suplementos e nutrientes alimentares, com exceção do inciso XII do art. 15;
- II - Objetos de uso pessoal, de higiene e fraldas;
- III - Materiais e medicamentos não previstos na Revista Simpro e Guia Brasíndice, respectivamente;
- IV - Medicamentos de uso contínuo;
- V - Remoção do beneficiário para exames e consultas eletivas, exceto na impossibilidade de transporte do beneficiário em veículo comum.

Parágrafo único. Estão inclusos no valor da diária dos serviços de internação domiciliar (home care) equipamentos de proteção individual, como luvas de procedimento não estéreis, máscaras, aventais, óculos, gorros e pró-pés, bem como suporte de soro, colchão tipo "caixa de ovo", gazes não estéreis,





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

algodão, álcool, ressuscitador manual (ambu) e coletor de resíduos perfuro cortantes e contaminados, bem como os demais itens descritos no anexo III.

Art. 17. Os beneficiários atendidos pela internação domiciliar serão reavaliados pela perícia no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias ou a qualquer momento, a fim de verificar a adequação do tratamento a essa sistemática.

### **DO REEMBOLSO**

Art. 18. Para solicitar o reembolso, o titular ou responsável deve apresentar ao SIS os seguintes documentos:

I - Assistência de cuidador:

- a) Requerimento em formulário próprio;
- b) Nota fiscal ou recibo original, atendidos os requisitos do Regulamento do SIS;
- c) Relatório do serviço prestado com indicação do período da assistência, devidamente datado e assinado pelo respectivo profissional;
- d) Escala especificando os dias de trabalho, que pode estar incluído no recibo ou nota fiscal.

II - Assistência de enfermagem sem internação domiciliar:

- a) Requerimento em formulário próprio;
- b) Nota fiscal ou recibo original, atendidos os requisitos do Regulamento do SIS;
- c) Relatórios com descrição pormenorizada de todos os serviços prestados com indicação do período da assistência, devidamente datados, carimbados e assinados pelos respectivos profissionais com os números de registro no Conselho de classe;
- d) Escala especificando os dias de trabalho, que pode estar incluída no recibo ou na nota fiscal.

III - Oxigenoterapia:

- a) Requerimento em formulário próprio;
- b) Nota fiscal, atendidos os requisitos do Regulamento do SIS; e
- c) Demais documentos eventualmente solicitados pela perícia do SIS.

IV - Internação domiciliar (home care):





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

- a) Requerimento em formulário próprio;
- b) Nota fiscal original, atendidos os requisitos do Regulamento do SIS;
- c) Relatórios com descrição pormenorizada de todos os serviços prestados, devidamente datados, carimbados e assinados pelos respectivos profissionais com os números de registro no Conselho de classe;
- d) Prescrição de medicamentos, assinada e carimbada pelo médico assistente com o número do registro no Conselho de classe.

§1º Em quaisquer das modalidades acima, a perícia poderá solicitar outros documentos a seu critério.

§2º Não serão reembolsadas as horas que ultrapassarem a jornada de trabalho máxima permitida pela legislação vigente de cada categoria.

Art. 19. Os serviços, previamente autorizados pelo SIS de serem prestados através de empresa de livre escolha do beneficiário, serão reembolsados diretamente ao beneficiário titular, mediante apresentação e conferência da documentação descrita no art. 18º, limitados os valores de ressarcimento aos previstos nessa Instrução Normativa.

Art. 20. O ressarcimento das despesas com honorários, locação de mobiliário, equipamentos, materiais e medicamentos de que trata a presente Instrução Normativa, obedecerá aos valores previstos nas tabelas adotadas pelo Plano, respeitando os limites previstos no anexo II.

§1º Os materiais e medicamentos deverão estar devidamente discriminados na Revista Simpro e no Guia Brasíndice, respectivamente. Caso não seja possível identificar o material ou medicamento da fatura, pagar-se-á conforme o menor valor previsto nas tabelas.

§2º A participação do beneficiário titular atenderá os requisitos e limites estabelecidos pelas regras do SIS.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Art. 21. O beneficiário ou seu responsável poderá solicitar a substituição da empresa contratada mediante requerimento apresentado ao SIS, justificando a substituição e indicando a empresa que assumirá o atendimento.

Art. 22. O Programa de Atenção Domiciliar, em suas diversas modalidades, será reavaliado sempre que a perícia do SIS julgar necessário.







PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## **ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

§1º Em caso de alteração ou suspensão da atenção domiciliar, será concedido o prazo de 15 dias a contar da data da notificação para adaptação do beneficiário e de sua rede de apoio às novas condições de assistência.

§2º O prazo de adaptação definido no §1º não se aplica à modalidade suporte terapêutico, por se tratar de assistência pontual.

Art. 23. A prestação dos serviços descritos nesta Instrução Normativa cessará quando se verificar:

I - Modificação do quadro clínico do paciente confirmada pela perícia, de modo que não seja mais necessária a assistência domiciliar;

II - Internação hospitalar;

III - Óbito;

IV - Solicitação do beneficiário ou seu responsável;

V - Indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Para nova autorização, serão exigidos, de acordo com cada modalidade, os documentos do art. 11, incisos I e II; e art. 13, incisos I, II e III.

Art. 24. A perícia do SIS, se julgar conveniente, poderá solicitar, antes de emitir seu parecer, avaliação social da família, da adequação do domicílio e da existência de pessoas que se responsabilizem pelos cuidados gerais do paciente.

Art. 25. Não serão autorizados tratamentos em desconformidade com esta Instrução Normativa.

Art. 26. Casos recursais serão submetidos ao Conselho de Supervisão do SIS para deliberação.

Art. 27. O SIS não se responsabiliza pelos serviços prestados, nem por quaisquer encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais relativos à atenção domiciliar e aos serviços de cuidador e assistência de enfermagem contratados diretamente pelos beneficiários na modalidade de livre escolha.

Art. 28. Os valores previstos nas tabelas em anexo serão reavaliados periodicamente pelo SIS e submetidos à aprovação do Conselho de Supervisão do SIS.

Art. 29. Revoga-se a Instrução Normativa nº 9, de 2017, do Conselho de Supervisão do SIS.

Art. 30. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Ilana Trombka, Vice-presidente do Conselho de Supervisão do SIS, no exercício da Presidência.





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

### Anexo I (ABEMID e NEAD) – Critérios de elegibilidade para avaliação da inclusão no Programa de Atenção Domiciliar



#### TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| Nome do Paciente:                                                                       |                                                  | Complexidade:     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|
| Idade:                                                                                  | Programação em dias de atendimento - 24 h:       |                   |
| Convênio:                                                                               | Programação em dias de atendimento - 12 h:       |                   |
| Matrícula:                                                                              | Programação em dias de atendimento - 06 h:       |                   |
| Diagnóstico Principal:                                                                  |                                                  |                   |
| Diagnóstico Secundário:                                                                 |                                                  |                   |
| Descrição                                                                               | Itens da Avaliação                               | Pontos atribuídos |
| Suporte Terapêutico                                                                     | Sonda Vesical Permanente                         | 1                 |
|                                                                                         | Sonda Vesical Intermitente                       | 2                 |
|                                                                                         | Traqueostomia sem Aspiração                      | 2                 |
|                                                                                         | Traqueostomia com Aspiração                      | 5                 |
|                                                                                         | Aspiração de Vias Aéreas Sup.                    | 3                 |
|                                                                                         | Acesso Venoso Prof. Contínuo                     | 5                 |
|                                                                                         | Acesso Venoso Intermitente                       | 4                 |
|                                                                                         | A. Venoso Periférico Contínuo                    | 5                 |
|                                                                                         | Diálise Domiciliar                               | 5                 |
| Quimioterapia                                                                           | Oral                                             | 1                 |
|                                                                                         | Sub Cutânea                                      | 3                 |
|                                                                                         | Intra Venosa                                     | 5                 |
|                                                                                         | Intra Tecal                                      | 5                 |
| Suporte Ventilatório                                                                    | O <sub>2</sub> Intermitente                      | 2                 |
|                                                                                         | O <sub>2</sub> Contínuo                          | 3                 |
|                                                                                         | Ventilação Mec. Intermitente                     | 4                 |
|                                                                                         | Ventilação Mecânica Contínua                     | 5                 |
| Lesão Vascular/Cutânea                                                                  | Úlcera de Pressão Grau I                         | 2                 |
|                                                                                         | Úlcera de Pressão Grau II                        | 3                 |
|                                                                                         | Úlcera de Pressão Grau III                       | 4                 |
|                                                                                         | Úlcera de Pressão Grau IV                        | 5                 |
| Grau de Atividade da Vida Diária<br>Relacionada a Cuidados Técnicos                     | Independente                                     | 0                 |
|                                                                                         | Semi-Dependente                                  | 2                 |
|                                                                                         | Dependente Total                                 | 5                 |
| Dependência de Reabilitação<br>Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias                      | Independente                                     | 0                 |
|                                                                                         | Dependente                                       | 2                 |
| Terapia Nutricional                                                                     | Suplementação Oral                               | 1                 |
|                                                                                         | Gastrostomia                                     | 2                 |
|                                                                                         | SNE                                              | 3                 |
|                                                                                         | Jejuno Ileo                                      | 3                 |
|                                                                                         | Nutrição Parenteral Total                        | 5                 |
| Classificação dos Pacientes                                                             |                                                  | TOTAL             |
| Inferior a 07 pontos                                                                    | Paciente não elegível para Internação Domiciliar |                   |
| De 08 à 12 pontos                                                                       | Baixa Complexidade                               |                   |
| De 13 à 18 pontos                                                                       | Média Complexidade                               |                   |
| Acima de 19 pontos                                                                      | Alta Complexidade                                |                   |
| Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade           |                                                  |                   |
| Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade |                                                  |                   |
| Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos           |                                                  |                   |
| Assinatura e carimbo:                                                                   |                                                  | Data:             |





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

|  <b>TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Efetuada em ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 1- Entende-se por <b>paciente independente</b> aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 2- Entende-se por <b>parcialmente dependente</b> , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros.</li> <li>b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.</li> <li>c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.</li> <li>d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 3- Entende-se por <b>totalmente dependente</b> , aquele que: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias</li> <li>b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.</li> <li>c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.</li> <li>d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O .</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>II) Quanto a Classificação:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Se o somatório de pontos obtidos for <b>menor ou igual a 07 pontos</b>, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar;</li> <li>b) Se o somatório de pontos obtidos for <b>de 08 a 12 pontos</b>, o paciente será considerado de Baixa Complexidade;</li> <li>c) Se o somatório de pontos obtidos for <b>de 13 a 18 pontos</b>, o paciente será considerado de Média Complexidade;</li> <li>d) Se o somatório de pontos obtidos for <b>igual ou superior a 19 pontos</b>, o paciente será considerado de Alta Complexidade;</li> <li>e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade;</li> <li>f) Ao obter <b>02 ou mais pontuações 5</b>, o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).</li> </ul> |  |
| <b>Obs.: 1</b> - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, SEMPRE prevalecendo o item de MAIOR pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Obs.: 2</b> - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Obs.: 3</b> - Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

### TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

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

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

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







PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

### TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



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

|                      |      |
|----------------------|------|
| Assinatura e Carimbo | Data |
|----------------------|------|

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

##### Grupo 1 – Elegibilidade

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

##### Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

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

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

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

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





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

### Anexo II – Tabelas de Valores Máximos Praticados

| EQUIPE MULTIDISCIPLINAR                         | VALOR – ATÉ |
|-------------------------------------------------|-------------|
| Diária de Internação domiciliar 6h              | R\$ 105,00  |
| Diária de Internação domiciliar 12h             | R\$ 198,00  |
| Diária de Internação domiciliar 24h             | R\$ 325,00  |
| Sessão de Fisioterapia Motora e/ou Respiratória | R\$ 67,70   |
| Sessão de Fonoaudiologia                        | R\$ 78,11   |
| Visita de Supervisão de Enfermagem              | R\$ 60,00   |
| Visita de Assistente Social                     | R\$ 60,00   |
| Visita de Nutricionista                         | R\$ 65,00   |
| Visita Médica (médico assistente)               | R\$ 200,00  |
| Consulta Médica/ parecer de Especialista        | R\$ 280,00  |
| Sessão de Psicologia                            | R\$ 82,23   |
| Sessão de Terapia Ocupacional                   | R\$ 65,00   |

| ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS               | VALOR - ATÉ                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Aparelho Respirador/diária            | R\$ 100,00                             |
| Aspirador de Secreções simples/diária | R\$ 2,60                               |
| Bomba Infusora/diária                 | R\$ 13,00                              |
| Cama Ortostática/diária               | R\$ 8,33                               |
| Cilindro de Oxigênio/diária           | R\$ 2,50                               |
| Concentrador de Oxigênio/diária       | R\$ 18,00                              |
| Gerenciador de energia/diária         | R\$ 10,00                              |
| Nebulizador (qualquer tipo)/diária    | R\$ 5,00                               |
| Recarga de cilindro de 1m³            | R\$ 60,00                              |
| Demais                                | Conforme autorização da perícia do SIS |





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE  
SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

| ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS  | VALOR - ATÉ |
|--------------------------|-------------|
| Cama hospitalar manual   | R\$ 7,80    |
| Cama hospitalar elétrica | R\$ 17,25   |
| Oxímetro                 | R\$ 10,60   |
| Cadeira de banho         | R\$ 2,40    |
| Cadeira de rodas         | R\$ 2,80    |

\*Escada para cama acompanha a cama hospitalar.

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS                       | VALOR                                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Materiais                                      | Revista SIMPRO hospitalar sem taxa de comercialização |
| Medicamentos, exceto as dietas listadas abaixo | BRASÍNDICE – Preço Máximo ao Consumidor               |

| DIETAS ENTERAIS                                                                                | UNIDADE | VALOR     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| DIVISAO NUTRICIONAL - THERAPEUTIC NUTRITION - Alitraq envelope c/76 g - unidade - ABBOTT       | 1       | R\$ 26,77 |
| CASEICAL - Lata 250 g - SUPPORT/DANONE NUTRICA O ESPECIALIZADA                                 | 1       | R\$ 87,00 |
| DIETA ENTERAL LIQUIDA - EASY BAG Fresubin Energy Fibre 1000 ml - FRESENIUS KABI                | 1       | R\$ 72,31 |
| DIETA ENTERAL LIQUIDA - EASY BAG Fresubin HP Energy 1000 ml - FRESENIUS KABI                   | 1       | R\$ 46,88 |
| DIETA ENTERAL LIQUIDA - EASY BAG Fresubin Soya Fibre 1000 ml - FRESENIUS KABI                  | 1       | R\$ 26,25 |
| DIVISAO NUTRICIONAL - THERAPEUTIC NUTRITION - Glucerna 1.5 Tetrapack 200 ml - unidade - ABBOTT | 1       | R\$ 18,00 |





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE  
SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

|                                                                                                            |              |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| DIVISAO NUTRICIONAL - THERAPEUTIC NUTRITION - Glucerna po baunilha, limao - lata 400 gr - unidade - ABBOTT | lata         | R\$ 85,00  |
| IMPACT - SF - cx. c/6 frs. 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                                                 | frasco       | R\$ 252,66 |
| ISOSOURCE - Fiber - 1 L - cx. c/12 tetra square 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                            | tetra square | R\$ 58,00  |
| ISOSOURCE - Fiber - SF - cx. c/6 frascos de 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                                | frasco       | R\$ 154,00 |
| ISOSOURCE - 1,5 CAL - sem sac. - 1 L - cx. c/12 tetra square 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE               | tetra square | R\$ 41,40  |
| ISOSOURCE - 1,5 CAL sem sac. - SF - cx. c/6 frs. 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                           | frasco       | R\$ 170,50 |
| ISOSOURCE - Soya - 1 L - cx. c/12 tetra square 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                             | tetra square | R\$ 46,80  |
| ISOSOURCE - Soya Fiber - 1 L - cx. c/12 tetra square 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                       | tetra square | R\$ 42,74  |
| ISOSOURCE - Standard - 1 L - cx. c/12 tetra square 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                         | tetra square | R\$ 56,00  |
| DIVISAO NUTRICIONAL - THERAPEUTIC NUTRITION - Jevity Hical RTH - SF - 1000 ml - unidade - ABBOTT           | 1            | R\$ 89,10  |
| LACTO PRO - 10 saches 1 g - SKL PHARMA / INVICTUS FARMANUTRICAÇÃO                                          | sachê        | R\$ 6,60   |
| NOVASOURCE - GC 1.5 - SF - cx. c/6 frascos de 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                              | frasco       | R\$ 200,35 |
| NOVASOURCE - GC HP - SF - cx. c/6 frascos de 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                               | frasco       | R\$ 165,00 |
| NOVASOURCE - GC Baun. po - cx. c/12 latas 400 g - NESTLE HEALTH SCIENCE                                    | lata         | R\$ 129,81 |







PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

|                                                                                                               |        |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| NUTILIS - Lata 300 g - SUPPORT/DANONE NUTRICAÇÃO ESPECIALIZADA                                                | 1      | R\$ 99,32  |
| DIETAS LIQUIDAS - SISTEMA ABERTO - Nutri Enteral Soya (1,2 kcal/ml) Sabor Baunilha - 1 litro - un. - NUTRIMED | 1      | R\$ 32,34  |
| NUTR. ENTERAL - DIETAS LIQUIDAS - Nutricomp Energy HN Fiber Bolsa MB 500 ml - B.BRAUN                         | 1      | R\$ 90,72  |
| NUTR. ENTERAL - DIETAS LIQUIDAS - Nutricomp Standard Fiber Bolsa MB 500 ml - B.BRAUN                          | 1      | R\$ 76,68  |
| NUTRISON ENERGY MULTI FIBER 1.5 - Pack 1 litro - SUPPORT/DANONE NUTRICAÇÃO ESPECIALIZADA                      | 1      | R\$ 81,73  |
| NUTRISON ENERGY 1.5 - (Pack 1 l) - SUPPORT/DANONE NUTRICA                                                     | 1      | R\$ 64,68  |
| NUTRISON MULTI FIBER 1.0 - (Pack 1 l) - SUPPORT/DANONE NUTRICAÇÃO ESPECIALIZADA                               | 1      | R\$ 68,57  |
| NUTRISON PROTEIN PLUS ENERGY 1.5 - (Pack 1 l) - SUPPORT/DANONE NUTRICAÇÃO ESPECIALIZADA                       | 1      | R\$ 194,34 |
| NUTRISON PROTEIN PLUS MULTI FIBER - Pack (1 litro) - SUPPORT/DANONE NUTRICAÇÃO ESPECIALIZADA                  | 1      | R\$ 78,49  |
| PEPTAMEN - 1,5 SF - cx. c/6 ultrapak 1000 ml - NESTLE HEALTH SCIENCE                                          | 100 ml | R\$ 323,91 |
| PEPTAMEN - Baun. po - cx. c/12 latas 430 g - NESTLE HEALTH SCIENCE                                            | lata   | R\$ 211,23 |
| RESOURCE THICKEN-UP CLEAR - Cx. c/12 latas de 125 g - NESTLE HEALTH SCIENCE                                   | lata   | R\$ 120,76 |
| SIMBIOTIL - 6 sachês x 1 g - FARMOQUIMICA                                                                     | sachê  | R\$ 4,72   |
| THICK & EASY - Lata 225 g - FRESENIUS KABI                                                                    | 1      | R\$ 81,58  |
| FÓRMULAS PADRÃO - Trophic 1,5 - Tetra Pak 1000 ml - PRODIET                                                   | 1      | R\$ 48,00  |





PODER LEGISLATIVO  
SENADO FEDERAL  
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE SUPERVISÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

|                                                                                                                                                                                                                                             |   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|
| FÓRMULAS PADRÃO - Trophic Basic - Tetra Pak 1000 ml - PRODIET                                                                                                                                                                               | 1 | R\$ 40,00 |
| FÓRMULAS PADRÃO - Trophic Bio - pote 800 g - PRODIET                                                                                                                                                                                        | 1 | R\$ 99,12 |
| FÓRMULAS PADRÃO - Trophic EP - Tetra Pak 1000 ml - PRODIET                                                                                                                                                                                  | 1 | R\$ 51,00 |
| FÓRMULAS PADRÃO - Trophic Fiber - Tetra Pak 1000 ml - PRODIET                                                                                                                                                                               | 1 | R\$ 47,00 |
| - Havendo a necessidade, mediante justificativa, de dietas enterais não previstas nesta tabela, essas serão pagas por cotação de mercado, com no mínimo 3 (três) orçamentos, respeitando-se o teto mensal de R\$ 6.000,00 (seis mil reais). |   |           |

### Anexo III – Itens inclusos na composição da diária de internação domiciliar

- a) Mobiliário e equipamentos: cama hospitalar com colchão, suporte de soro, escadinha, glicosímetro, colchão tipo “caixa de ovo”, gases não estéreis, algodão, álcool, ressuscitador manual (ambu), oxímetro de pulso, cadeira de rodas padrão, cadeira de rodas higiênica;
- b) Folhas de prontuário, fichas de evolução, receituários e demais formulários de registro;
- c) Caixas para descarte de materiais perfuro cortantes e recipientes para descarte de lixo hospitalar, bem como o gerenciamento dos resíduos;
- d) Plantão de técnico em enfermagem conforme descrição da diária;
- e) Avaliação inicial no hospital ou em domicílio;
- f) Taxas administrativas referentes à logística de distribuição de materiais, recolhimento de lixo e de prontuários;
- g) Equipamentos de proteção individual: luvas de procedimento não estéreis, máscaras, aventais, óculos, gorros e pró-pés;
- h) Folhas de prontuário, fichas de evolução, receituários e demais formulários de registro.

