



Havendo irregularidades neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060

**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 055374/2025, QUE FAZEM ENTRE  
ENTRE SI O DISTRITO FEDERAL, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE  
ESTADO DE SAÚDE, E A EMPRESA DOMED PRODUTOS E SERVIÇOS DE  
SAÚDE LTDA - CNPJ 03.771.319/0001-09**

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES**

1.1. O DISTRITO FEDERAL, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, com sede no SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF, representada neste ato por **JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR, CPF nº 9XX.XXX.XXX-15**, na qualidade de Secretário de Estado, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conforme Decreto de 20 de fevereiro de 2025, publicado na Edição Extra nº 16-A do DODF, de 20 de fevereiro de 2025, pg. 1, e a empresa **DOMED PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, doravante denominada CONTRATADA, CNPJ nº **03.771.319/0001-09**, com sede no endereço QMN 17 CJ H LT 16 e 18 – 3º andar – Ceilândia Sul, Brasília - DF, CEP 72215-178, e-mail [felixneto@americashealth.com.br](mailto:felixneto@americashealth.com.br); faturamento@domedbsb.com.br; germanojunior@domedbsb.com.br; telefone: (61) 2195-1544, representada por **RENATO DE ALMEIDA SANTOS SILVA**, portador (a) do RG 3.7xx.xx2 MT/GO, inscrito (a) no CPF nº 908.xxx.xx1-59, na qualidade de representante legal, e em observância às disposições da Lei nº 14.133, de 2021, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas, em conformidade com o Processo Administrativo SEI N.º 00060-00179413/2025-69.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO PROCEDIMENTO**

2.1. O presente Contrato obedece aos termos do Edital de Credenciamento nº 05/2024 (168853409), Proposta da empresa (167338015), da Lei nº 14.133, de 2021 e do Decreto Distrital nº 44.330, de 16 de março de 2023.

**3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO OBJETO**

3.1. O Contrato tem por objeto a prestação de serviços de Terapia Intensiva em Unidade Neonatal, Pediátrica e Adulto, garantindo assistência ao usuário do SUS, nos termos do Edital de Credenciamento nº 05/2024 (168853409), Proposta da empresa (167338015), da Lei nº 14.133, de 2021, do Decreto Distrital nº 44.330, de 16 de março de 2023 e alterações posteriores, **que passam a integrar o presente Termo**.

**3.2. DO DETALHAMENTO DO OBJETO:**

ITEM	CÓDIGO BR / SIGTAP	CÓDIGO E-COMPRAS (ID PCA)	MODALIDADE	UND	Q
3	14338/ 04.09.01.059-2	21762	UTI ADULTO	LEITO	

\* A quantidade refere-se a disponibilidade do leito durante o período de vigência do contrato, considerando para pagamento, o leito/dia utilizado.

3.3. Havendo divergência entre a especificação constante no Termo de Referência e a especificação contida no Sistema Comprasnet (código BR), prevalecerá a especificação do Termo de Referência.

3.4. O pagamento será realizado considerando o leito efetivamente utilizado e não pelo total de leitos contratados.

**4. CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA E REGIME DE EXECUÇÃO**

4.1. O Regime de Execução do Contrato está disposto no inc. XXVIII, do art. 6º da Lei nº 14.133/2021, qual seja: **EMPREITADA POR PREÇO UNITÁRIO**, por se tratar de execução de serviço por preço certo de unidades determinadas.

**4.2. Subcontratação**

4.2.1. A CONTRATADA está expressamente proibida de subcontratar o objeto principal do contrato, entendido como o espaço físico em que ocorre a prestação de serviços de Terapia Intensiva em Unidade Neonatal, Pediátrica e Adulto (Leito).

4.2.2. A CONTRATADA, no caso de subcontratação de serviços, deverá apresentar, no momento da análise de sua habilitação, os documentos capazes de demonstrar que a SUBCONTRATADA possui condições de habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista e cumpre o disposto no inc. XXXIII do art. 7º da Constituição, além daqueles pertinentes à comprovação de sua qualificação técnica.

4.2.3. A subcontratação não estabelece relação jurídica de natureza contratual entre a Administração e a SUBCONTRATADA. O cumprimento das obrigações advindas do contrato administrativo permanece sob exclusiva responsabilidade da CONTRATADA, que responderá integralmente por essas obrigações perante à Administração.

4.2.4. O serviço prestado pela SUBCONTRATADA deverá ser realizado impreterivelmente na mesma estrutura física da CONTRATADA.

**4.3. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

**4.3.1. Condições de execução**

4.3.1.1. Após assinatura do contrato, no prazo de 05 dias úteis, a CONTRATADA e CONTRANTE se reunirão para planejamento e programação do trabalho a ser realizado, bem como para definição conjunta do cronograma de execução das tarefas, documento de construção obrigatório entre as partes.

4.3.1.2. O prazo do subitem acima poderá ser prorrogado por igual período, por ato motivado e justificado, dos agentes públicos competentes.

4.3.1.3. A prestação dos serviços que compõem o objeto desta contratação devem ser iniciados no prazo máximo de 01 (um) dia corrido após a conclusão do cronograma de execução, ou em prazo definido durante a reunião citada no item 4.3.1.1, devidamente justificado.

4.3.1.4. A CONTRATADA deverá prestar assistência intensiva aos pacientes adultos, pediátricos e neonatais direcionados pela SES/DF, executando as condutas diagnósticas e terapêuticas necessárias, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

#### 4.3.2. **Rotinas a serem cumpridas**

4.3.2.1. A execução contratual observará as rotinas abaixo:

4.3.2.1.1. A disponibilização de vagas para o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) ocorrerá conforme os prazos estabelecidos no cronograma de execução, citada no item 4.3.1.1;

4.3.2.1.2. A CONTRATADA se obriga a informar diariamente ao CRDF o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de direcionamento realizado pelo órgão competente da SES/DF;

#### 4.3.3. **Local e horário da prestação do serviço**

4.3.3.1. A assistência em terapia intensiva será efetivada na dependência da CONTRATADA, ininterruptamente, 24 horas por dia.

#### 4.3.4. **Definição do perfil dos pacientes e Etapas**

4.3.4.1. Para a prestação do serviço, faz-se necessário definir o perfil dos pacientes:

##### a) **UTI Adulto**

- Faixa etária: acima de 18 anos; mas poderá atender pacientes de 13 a 17 anos e 11 meses e 29 dias, desde que não haja vaga disponível em UTI Pediátrica;

- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada.

##### b) **UTI Pediátrica**

- Faixa etária: de 29 dias a 17 anos e 11 meses e 29 dias;

- Recém-nascidos (0 a 28 dias) que já receberam alta hospitalar e retornaram na emergência pediátrica, desde que não haja vaga disponível em UTI Neonatal, poderão ser admitidos em leito de UTI Pediátrica, desde que tenham peso igual ou maior que 2.500g e idade gestacional corrigida igual ou maior que 40 semanas;

- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada.

##### c) **UTI Neonatal**

- Faixa etária: de 0 a 28 dias; acima de 28 dias caso tenha peso inferior a 2.500g ou idade gestacional corrigida inferior a 40 semanas;

- Pacientes com patologias clínicas ou em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de UTI e que não tenham reabordagem cirúrgica programada.

#### 4.3.5. **Critérios de Admissão, Direcionamento e Alta dos pacientes para UTI**

4.3.5.1. Todos os leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal contratados deverão ser disponibilizados em Panorama 3, conforme Portaria SES/DF 1.388, de 12 de dezembro de 2018, pela Central de Regulação da Internação Hospitalar - CERIH, do Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF, ou conforme legislação correlata posterior;

4.3.5.2. O direcionamento dos pacientes para o leito de UTI obedecerá aos níveis de prioridade para assistência em terapia intensiva estabelecidos na Resolução CFM nº 2.156/2016 ou legislação correlata posterior;

4.3.5.3. A CERIH direcionará, para os leitos contratados, apenas pacientes com perfil de ATENDIMENTO DE SUPORTE CLÍNICO EM UTI;

4.3.5.4. Todos os leitos de UTI (em seu subtipo, adulto, pediátrica ou neonatal) têm o mesmo perfil, assim, o direcionamento dos pacientes deverá ser feito de forma imparcial e equânime entre as CONTRATADAS.

4.3.5.5. Os critérios de admissão e alta em UTI deverão ser norteados pela Resolução CFM nº 2.156/2016 e pela Portaria SES/DF nº 200, de 06 de agosto de 2015 ou legislação correlata posterior.

4.3.5.6. A alta da UTI deverá ser comunicada imediatamente pela CONTRATADA, com envio de relatório de alta completo à Central de Regulação da Internação Hospitalar - CERIH, a qual procederá à busca ativa do leito de menor complexidade na SES/DF para direcionamento pós-alta da UTI do paciente.

4.3.5.7. A definição do tipo de leito adequado ao paciente (enfermaria, alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários ou unidade de cuidados prolongados) deverá ser feita pela CERIH, com base nos critérios definidos pela SES/DF.

4.3.5.8. Durante o período de busca ativa do leito de menor complexidade para retorno para a SES/DF, o relatório de alta deve ser atualizado e enviado a cada 24 horas à CERIH pela CONTRATADA, até a efetiva alta administrativa do paciente.

4.3.5.9. O transporte do paciente egresso de UTI deverá ser feito pelo Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes (NARP) ou outro transporte sanitário, conforme [Nota Técnica Nº1/2022 - SES/CRDF/DIRAAH/CERTS](#) (146129549).

#### 4.3.6. **Conceitos de diária, paciente-dia e custo paciente-dia em UTI**

4.3.6.1. A diária de UTI é a permanência de um paciente por um período de até 24 horas em uma instituição hospitalar. Entende-se como início a hora de admissão do paciente no leito de UTI e a hora fim é o momento da alta administrativa.

4.3.6.2. A unidade paciente-dia refere-se à totalidade de recursos necessários para a prestação de assistência ao paciente internado durante um dia hospitalar na UTI.

4.3.6.3. A definição do custo paciente-dia em UTI é dada pela composição de valores dos serviços prestados, incluindo diária, taxas hospitalares, fornecimento de gases medicinais, medicamentos, exames complementares e também procedimentos realizados. Os serviços serão pagos de acordo com a efetiva prestação.

4.3.7. **Detalhamento dos itens que compõem o serviço de terapia intensiva**

4.3.7.1. **Diária de UTI**

4.3.7.1.1. Inclui assistência intensiva durante 24 horas ininterruptas, com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento.

4.3.7.1.2. Consideram-se os seguintes itens inclusos na Diária UTI: Aspiração, esvaziamento; manutenção mecânica; imobilização provisória; instalação de tenda; lavagem e aspiração traqueal; sondagem gástrica; sondagem retal; sondagem vesical; aparelho de RX portátil na UTI; bandeja punção subclávia; bandeja dissecção venosa; bandeja punção lombar; berço aquecido; bisturi elétrico; bomba de infusão; capacete de hood; halo capnográfico; cardiotocógrafo; colchão d'água ou ar; desfibrilador (cardioversor); fototerapia; halo craniano; incubadora; ionizador; marcapasso temporário; monitor; nebulizador; oxímetro; curativos; quadro balcânico; ventilador pulmonar (inclusive filtros obrigatórios); PA não invasiva; monitor cardíaco; EPI – equipamento de proteção individual; dieta oral; serviços de enfermagem, farmacêutico clínico, nutricionista e assistente social.

**TABELA 2. DIÁRIA DE UTI**

Código Procedimento SIGTAP	Descrição Procedimento
08.02.01.008-3	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI II
08.02.01.015-6	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTI II
08.02.01.012-1	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN II

4.3.7.2. **Diária de acompanhante**

4.3.7.2.1. Está prevista diária de acompanhante em serviço de terapia intensiva para os seguintes casos: crianças, gestantes/puerperas, pessoas idosas e pessoas portadoras de deficiência, conforme definido por regulamentação vigente.

**TABELA 3. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE**

Código Procedimento SIGTAP	Diária de acompanhante	Descrição Procedimento
08.02.01.001-6	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PENOITE)	Consiste na viabilização por parte do estabelecimento de saúde de condições que permitam a presença de (1 em tempo integral por paciente internado, proporcionando acomodação adequada assim como do fornecimento de refeições (no refeitório ou na própria enfermaria) a cada 24 horas, cabendo ao profissional de saúde responsável conceder autorização para o acompanhamento.
08.02.01.002-4	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE CRIANÇA/ADOLESCENTE (COM PENOITE)	Consiste na viabilização por parte do estabelecimento de saúde de condições que permitam a permanência de um dos pais ou responsável por paciente internado, proporcionando acomodação adequada assim como o fornecimento de principais refeições (no refeitório ou na própria enfermaria) a cada 24 horas.
08.02.01.003-2	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE GESTANTE (COM PENOITE)	Consiste na viabilização por parte do estabelecimento de saúde de condições que permitam a permanência de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, proporcionando acomodação adequada assim como o fornecimento das principais refeições (no refeitório ou na própria enfermaria).
08.02.01.004-0	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS (COM PENOITE)	Consiste na viabilização por parte do estabelecimento de saúde de condições que permitam a presença de (1 em tempo integral, por paciente internado, proporcionando acomodação adequada, assim como o fornecimento de refeições (no refeitório ou na própria enfermaria) a cada 24 horas.

4.3.7.3. **Taxas hospitalares**

4.3.7.3.1. Está previsto pagamento de Taxa de Admissão e Registro hospitalar.

4.3.7.3.2. As taxas relacionadas aos procedimentos incluídos na diária de UTI já estão contempladas no valor pago por diária de UTI.

4.3.7.3.3. Eventuais taxas referentes a exames (SADT) e procedimentos não incluídos na diária de UTI estarão contempladas nos valores definidos para os respectivos itens.

4.3.7.4. **Gases Medicinais**

4.3.7.4.1. Deve haver fornecimento de todos os seguintes gases medicinais:

**TABELA 4. GASES MEDICINAIS**

Item
Oxigênio sob cateter (UTI)
Oxigênio sob nebulização
Oxigênio UTI Adulto
Oxigênio UTI Pediátrica
Oxigênio UTI Neonatal
Óxido nítrico
Ar comprimido (inalação)

4.3.7.5. **Medicamentos e dietas**

4.3.7.5.1. Os medicamentos utilizados deverão constar em prescrição médica.

4.3.7.5.2. A lista completa dos medicamentos padronizados na SES/DF está disponível na Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME), a qual é atualizada anualmente no site da SES/DF (link para a REME 2024 <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/REME-DF-2024-Atualizada-C3%A7%C3%A3o+2024-%283%29.pdf/4d15ab95-c702-ba1a-c6f1-066522543004?t=1736769036591>), devendo ser utilizada como norteadora para assistência ao paciente.

4.3.7.5.3. A lista de medicamentos não padronizado pela SES fornecida pela contratada servirá como balizador para avaliação durante a execução contratual, podendo ser autorizado medicamento não padronizado a depender da pertinência técnica.

4.3.7.5.4. Deve-se dar preferência a medicamentos genéricos ou similares de menor valor e de menor apresentação do mercado.

4.3.7.5.5. Será seguida a Resolução CMED nº 3, de 04 de maio de 2009, que proíbe a aplicação de Preço Máximo ao Consumidor a medicamentos, que possuam registro "de uso restrito a hospitais e clínicas".

4.3.7.5.6. **Será definido como medicamento de alto custo aquele que tenha valor unitário igual ou superior a meio salário mínimo. Os medicamentos de alto custo necessitarão de autorização prévia, que deverá ser solicitada por escrito (com a indicação clínica e o tempo da terapêutica pré-estabelecido). Caso seja configurada situação de urgência ou emergência para o uso de determinado medicamento de alto custo, tal intervenção deve ser imediatamente realizada, com avaliação e autorização posterior, dentro de até 72h, pelo médico supervisor da SES/DF.**

4.3.7.5.7. A albumina humana será considerada como medicamento de alto custo.

4.3.7.5.8. O contraste utilizado em exames (SADT) será considerado como medicamento.

4.3.7.5.9. As formulações de nutrição parenteral padronizadas na SES/DF utilizadas em UTI adulto, pediátrica e neonatal estão listadas no **APÊNDICE V - "NUTRICIONAL PARENTERAL"**.

4.3.7.5.10. As formulações de nutrição enteral padronizadas na SES/DF utilizadas em UTI adulto, pediátrica e neonatal estão listadas no **APÊNDICE VI - "NUTRICIONAL ENTERAL"**.

4.3.7.5.11. A terapia nutricional (nutrição enteral e parenteral) necessitará de autorização, que deverá ser solicitada por escrito (com o tipo de dieta solicitada, a indicação clínica e o tempo previsto da terapêutica) em até 6 (seis) horas a contar da prescrição. Caso não haja **autorização pelo médico supervisor da SES/DF, haverá glossa das formulações prescritas após a negativa, sendo previsto pagamento apenas das dietas efetivamente utilizadas antes da avaliação do médico supervisor da SES/DF**. O médico supervisor da SES/DF deve reavaliar a autorização a cada 72h e a cada troca de prescrição de tipo de terapia nutricional.

#### 4.3.7.6. **Serviços De Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT**

4.3.7.6.1. A solicitação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico deverá constar em prescrição médica.

4.3.7.6.2. A relação dos exames de Análises Clínicas, Radiologia, Anatomia Patológica, Medicina Nuclear, Endoscopia, Eletrofisiologia e Exames complementares realizados por especialistas padronizados na rede SES/DF, consta no **APÊNDICE VII - "EXAMES COMPLEMENTARES PADRONIZADOS NA SES/DF"**.

4.3.7.6.3. Em caso de uso de contraste, este será considerado como medicamento a ser incluído na composição do custo do exame.

4.3.7.6.4. Em relação aos itens referentes à Medicina Nuclear (iodoterapia, cintilografia) e aos exames laboratoriais relacionados à Genética, o paciente com indicação clínica deverá seguir fluxo de regulação da SES/DF para a realização dos mesmos, conforme normativas vigentes.

4.3.7.6.5. Para exames complementares como tomografia computadorizada, ressonância magnética e ecodoppler" com substituição por "Para SADT de alto custo (valor acima de R\$ 450,00), deverá ser solicitada autorização pelo médico supervisor da SES/DF. Tais exames poderão ser autorizados a posteriori, caso realizados em caráter de urgência/emergência

4.3.7.6.6. A lista de SADT não padronizado pela SES fornecida pela contratada servirá como balizador para avaliação durante a execução contratual, podendo ser autorizado SADT não padronizado a depender da pertinência técnica.

#### 4.3.7.7. **Procedimentos de Terapia Renal Substitutiva - TRS**

4.3.7.7.1. Os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva deverão ser autorizados pela SES/DF conforme indicação e prescrição médica, de acordo com os pacotes previstos no **APÊNDICE VIII - "PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA"**.

4.3.7.7.2. Diante dos riscos associados ao atraso no início do procedimento de Terapia Renal Substituta, tal intervenção deve ser imediatamente realizada, com avaliação e autorização posterior, dentro de até 72h, pelo médico supervisor da SES/DF.

#### 4.3.7.8. **Procedimentos de Hemoterapia**

4.3.7.8.1. Os procedimentos relacionados à Hemoterapia deverão ser autorizados pela SES/DF conforme indicação e prescrição médica, de acordo com os pacotes previstos no **APÊNDICE IX - "PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À HEMOTERAPIA"**.

4.3.7.8.2. Diante dos riscos associados ao atraso no início da hemoterapia, tal intervenção deve ser imediatamente realizada, com avaliação e autorização posterior, dentro de até 72h, pelo médico supervisor da SES/DF.

4.3.7.8.3. O fornecimento de hemocomponentes deve estar de acordo com a RDC ANVISA nº 34/2014 e Portaria GM/MS nº 158/2016 (sorologia e NAT).

#### 4.3.7.9. **Procedimentos Cirúrgicos de Urgência e Emergência**

4.3.7.9.1. Entende-se que, para a prestação de serviços de terapia intensiva, há intervenções que devem ser realizadas de forma rápida, quando configurada situação de urgência ou emergência. Dessa forma, faz-se necessário definir os conceitos de urgência e emergência:

- **Urgência** - Considera-se atendimento de urgência o evento imprevisto de agravão à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Nesse caso, não há risco de morte iminente, mas são quadros clínicos que podem evoluir para complicações mais graves. Pode se tornar emergência se não for solucionada de forma rápida.
- **Emergência** - Considera-se atendimento de emergência o evento que resulta na constatação médica de condições de agravão à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. É a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato.

4.3.7.9.2. O perfil dos pacientes a serem atendidos em serviços de terapia intensiva a que se destina este edital de credenciamento de leitos de UTI é o perfil de patologias clínicas ou pacientes em pós-operatório com condições clínicas que necessitem de internação em UTI, sem previsão de reabordagem cirúrgica. Dito isto, considera-se que:

- a) Procedimentos cirúrgicos de urgência: poderão, excepcionalmente, ser realizados mediante autorização prévia do médico supervisor da SES/DF.
- b) Procedimentos cirúrgicos de emergência: poderão, excepcionalmente, ser realizados, mediante a avaliação e autorização posterior do médico supervisor da SES/DF.

4.3.7.9.3. Não há previsão para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos para os pacientes internados em serviços de UTI credenciados pela SES/DF. Em caso de necessidade de procedimento cirúrgico eletivo, deverá haver retorno do paciente para a rede própria SES/DF para a programação do mesmo após a alta da UTI.

4.3.7.9.4. Os procedimentos para o tratamento de intercorrências e complicações no contexto de urgência e emergência mais usuais estão previstos no **APÊNDICE X - "PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA"**. Outros procedimentos de urgência/emergência, além dos contidos no APÊNDICE

X, poderão ser realizados, desde que sejam avaliados e autorizados conforme definido no item 5.8.9.1.

4.3.7.9.5. A composição de custo do procedimento cirúrgico de urgência e emergência será dada pelo somatório do honorário médico referente ao procedimento, medicamentos, materiais e OPME necessários no procedimento.

#### 4.3.7.10. **Honorários Médicos**

4.3.7.10.1. Os honorários médicos não estão incluídos na diária de UTI. Para adequada assistência médica no ambiente de Terapia Intensiva está previsto atendimento médico por: intensivista plantonista, intensivista diarista e médicos especialistas, conforme necessidade do paciente.

4.3.7.10.2. A avaliação por médico especialista deverá ser solicitada por parecer, estando a indicação do mesmo sujeita à autorização do médico supervisor da SES/DF.

#### 4.3.7.11. **Atendimento multiprofissional**

4.3.7.11.1. O atendimento multiprofissional deverá ser solicitado por prescrição médica e/ou parecer.

4.3.7.11.2. O atendimento multiprofissional nas unidades de terapia intensiva não está incluído na diária de UTI. Na tabela abaixo, constam os atendimentos e quantidade de sessões previstas por dia:

**TABELA 5. DETALHAMENTO DO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL**

<b>Tipo de atendimento</b>	<b>Quantidade de sessões por dia</b>
Sessão de atendimento do fisioterapeuta	3 atendimentos/dia (manhã, tarde e noite)
Sessão de atendimento do terapeuta ocupacional	no máximo - 1 atendimento/dia: conforme demanda
Sessão de atendimento do fonoaudiólogo	no máximo - 3 atendimentos/dia: conforme demanda
Sessão de atendimento do psicólogo	no máximo - 1 atendimento/dia: conforme demanda
Sessão de atendimento do odontólogo	no máximo - 1 atendimento/dia: conforme demanda

#### 4.3.7.12. **Materiais**

4.3.7.12.1. Os materiais utilizados deverão constar na prescrição médica.

4.3.7.12.2. Os materiais padronizados na SES/DF constam no **APÊNDICE XI - "MATERIAIS PADRONIZADOS NA SES/DF"**. Materiais não relacionados no Apêndice XI, mas que tenham descriptivo similar ao material padronizado pela SES/SF poderão ser utilizados, tendo como base para pagamento o material padronizado na SES/DF.

4.3.7.12.3. Poderão ser utilizados materiais não padronizados pela SES/DF, os quais deverão ser submetidos à avaliação/autorização pelo médico supervisor da SES/DF. Esta avaliação poderá ser feita a posteriori, em casos de urgência ou emergência. A avaliação para autorização deverá observar: indicação clínica (de acordo com protocolos assistenciais e/ou procedimento operacional padrão definidos pelo Ministério da Saúde e/ou da contratada, caso tenham sido validados pela SES/DF no ato da contratação), uso habitual na contratada para todos os públicos (pacientes SUS, de convênio ou particulares) e uso habitual nas demais contratadas. A contratante poderá requisitar relatório por escrito que justifique o uso do material não padronizado pela SES/DF.

#### 4.3.7.13. **Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**

4.3.7.13.1. Os OPME deverão ser solicitados por relatório médico com justificativa e definição de quantitativo previsto para uso, o qual será analisado pelo médico supervisor da SES/DF para autorização em até 72 horas.

4.3.7.13.2. Caso seja configurada situação de urgência ou emergência para o uso de determinado OPME, tal intervenção deve ser imediatamente realizada, com avaliação e autorização posterior, dentro de até 72h, pelo médico supervisor da SES/DF. Será aplicada glosa de 50% pela urgencialização indevida do procedimento, independentemente da pertinência ou necessidade clínica do mesmo.

4.3.7.13.3. Os itens padronizados pela SES/DF constam no Catálogo de Bens e Insumos Padronizados, disponível no site <https://info.saude.df.gov.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/catalogo-de-bens-e-insumos-padronizados/>.

4.3.7.13.4. Poderão ser utilizados OPME não padronizados pela SES/DF mediante autorização do médico supervisor da SES/DF. Esta avaliação para autorização poderá ocorrer a posteriori, em caso de procedimento de urgência/emergência. A avaliação quanto à razoabilidade para uso de OPME não padronizado na SES/DF deverá observar: indicação clínica, uso habitual na contratada para todos os públicos (pacientes SUS, de convênio ou particulares) e uso habitual nas demais contratadas. A contratante poderá requisitar relatório por escrito que justifique o uso do material não padronizado pela SES/DF. A contratante poderá requisitar relatório por escrito que justifique o uso do OPME não padronizado pela SES/DF"

4.3.7.13.5. Os procedimentos cirúrgicos que exigirem a utilização de OPME deverão ser solicitados acompanhados por relatório médico detalhado, com diagnóstico que caracterize o procedimento como emergencial ou de urgência, assim como, por exames laboratoriais e/ou de imagem, pré e pós-operatórios.

4.3.7.13.6. A conta hospitalar apresentada pela credenciada deverá conter os exames, visando a adequada comprovação e/ou visibilidade da doença, do tratamento realizado e/ou do material OPME empregado; um descriptivo detalhado sobre o material OPME utilizado; o respectivo lacre de identificação; o número do lote; e o número de registro na ANVISA.

4.3.7.13.7. As empresas fornecedoras de OPME para os estabelecimentos credenciados não poderão, em hipótese alguma, entrar em contato direto com os usuários do SUS.

#### 4.3.7.14. **Fluxo de solicitação de autorização ao médico supervisor da SES/DF**

4.3.7.14.1. A Autorização dos procedimentos será realizada pela Comissão Especial de Médicos Supervisores (CEMEDS), a qual é responsável pelo acompanhamento dos pacientes da Rede SES internados nas Contratadas prestadoras de serviços de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conforme Portaria nº 460 de 02 de Outubro de 2024.

4.3.7.14.2. Nos casos de prescrição de itens que necessitem de autorização, o prestador deverá solicitar autorização em até 24h, por meio eletrônico, contendo no mínimo:

I - Nome do paciente

II - Relatório médico justificando a solicitação. Os casos de urgência ou emergência deverão conter sinalização explícita no relatório.

4.3.7.14.3. A partir do recebimento da solicitação de autorização, o médico supervisor deverá dar parecer favorável ou desfavorável em até 24h, por meio eletrônico, podendo ser prorrogado por mais 24h se justificado. A visita médica deverá ser realizada em até 72h para formalização do seu parecer em pedido médico. A pertinência da solicitação deverá ser avaliada com base nos protocolos assistenciais e/ou procedimento operacional padrão definidos pelo Ministério da Saúde e/ou da contratada, caso tenham sido validados pela SES/DF.

4.3.7.14.4. Fica estabelecido que o parecer emitido por meio eletrônico já se caracteriza como resposta formal e vinculante.

4.3.7.14.5. Nos casos nos quais é prevista autorização prévia, a contratada deverá aguardar o parecer favorável da contratante. Caso seja configurada situação de urgência ou emergência, tal intervenção deve ser imediatamente realizada, com avaliação quanto à pertinência técnica do caráter do atendimento.

4.3.7.14.6. Os casos não considerados urgência ou emergência pelo médico supervisor, desde que justificado por este, por meio de relatório, será tratado como eletivo.

#### 4.3.8. Do Recebimento do Objeto:

4.3.8.1. O Recebimento do objeto ocorrerá com base na Portaria SES nº 460, de 02 de Outubro de 2024.

4.3.8.2. Será estabelecido com cada contratada o período e a definição de competência para a apresentação das prestações de contas.

4.3.8.3. Finalizada a competência, a empresa contratada deverá encaminhar a conta hospitalar, contendo todos os pacientes que tiveram alta no referido período, em até 5 dias úteis. A conta deverá ser encaminhada aos membros da comissão especial de análise de contas (CEAN), conforme Portaria nº 460/2024, artigo 2º, que atuam in loco em cada prestador.

4.3.8.4. Cabe ao prestador apresentar as contas faturadas em conformidade com o regramento do contrato formalizado. Caso as contas não sejam apresentadas conforme o faturamento previsto, estas não serão recebidas pela comissão especial de análise de contas (CEAN) para análise, a contratada será notificada e deverá reapresentar as contas faturadas em conformidade com o regramento do contrato formalizado em até 72 horas. Portanto, a apresentação de contas em não conformidade com o faturamento previsto poderá culminar em atraso no pagamento, por culpa exclusiva da CONTRATADA.

4.3.8.5. A partir do recebimento das contas, será realizada a análise de cada prontuário e conta apresentada; o consenso e a discussão das glosas com o prestador; e a elaboração de relatório de análise hospitalar (RAH).

4.3.8.6. A partir da emissão do RAH a empresa deve encaminhar à SES/DF, pelo e-mail [sais.cfcac@saude.df.gov.br](mailto:sais.cfcac@saude.df.gov.br), a seguinte documentação:

a) Ofício - sinalizando o quantitativo de pacientes atendidos no mês de competência e a entrega dos arquivos;

b) Planilha-resumo de faturamento em ordem alfabética;

c) Resultado dos indicadores pactuados, com apresentação de memória de cálculo e evidências;

d) Informações de cada paciente:

I - E-mail de encaminhamento do paciente pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) para a contratada;

II - Relatório de análise de contas hospitalares (RAH);

III - Espelho da Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

IV - Relatório de admissão em UTI;

V - Conta auditada pelo analisador de contas ("conta suja");

VI - Conta ajustada após consenso ("conta limpa");

VII - Evoluções médicas;

VIII - Resumo de alta hospitalar/óbito ou transferência;

IX - Declaração de óbito em caso de falecimento;

X - Documento pessoal de identificação com foto e legível - RG, CPF, Carteira de trabalho ou Carteira de motorista;

XI - Outras documentações, conforme necessidade da fiscalização.

4.3.8.7. A partir do recebimento da documentação pela CFCAC, haverá a abertura de processo sigiloso com todos os documentos enviados. A análise do processo será realizada pela SUB-UTI, em até 10 dias, contados do recebimento completo da documentação pela CFCAC. Esse prazo inclui: a análise da prestação de contas, a análise dos indicadores, a emissão do relatório analítico e a solicitação da nota fiscal ao prestador.

4.3.8.8. Cabe a comissão de fiscalização enviar a documentação pertinente ao setor correspondente para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão.

4.3.8.9. Após o recebimento da nota fiscal pelo prestador, o objeto será recebido definitivamente, no prazo de 5 dias úteis, com o atesto da nota fiscal pela comissão de fiscalização.

4.3.8.10. **Os prazos serão contados a partir da finalização de cada etapa. Em caso de solicitação de documentação pendente, o prazo é interrompido até que seja apresentada documentação complementar.**

4.3.8.11. A CONTRATADA fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto, no qual se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados.

4.3.8.12. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Contrato e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

4.3.8.13. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço, nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

## 5. CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR

5.1. O valor total do Contrato é de R\$ 61.845.819,00 (sessenta e um milhões, oitocentos e quarenta e cinco mil oitocentos e dezenove reais), em procedência ao Orçamento do Distrito Federal para o corrente exercício, nos termos da correspondente Lei Orçamentária Anual.

ITEM	CÓDIGO BR / SIGTAP	CÓDIGO E-COMPRAS (ID PCA)	MODALIDADE	UND	QUANTIDADE	QUANTIDADE ANO	VALOR DIÁRIA	VALOR TOTAL
3	14338/04.09.01.059-2	21762	UTI ADULTO	LEITO	28	10220	R\$ 6.051,45	R\$ 61.845.819,00
<b>TOTAL</b>								<b>R\$ 61.845.819,00</b>

#### 5.2. Do Reajuste

- 5.2.1. Os valores serão reajustado mediante atualização da tabela referenciada publicada em deliberação.
- 5.2.2. Havendo atualização do valor de referência, o reajuste entrará em vigor após apostilamento.

## 6. CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 6.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da Secretaria deste exercício, na dotação abaixo discriminada:

<b>I</b>	Unidade Orçamentária:	055374
<b>II</b>	Programa de Trabalho:	10302620221452549
<b>III</b>	Natureza de Despesa:	339039
<b>IV</b>	Fonte de Recursos:	1500.100000000
<b>V</b>	Valor Inicial:	R\$ 3.023.573,37
<b>VI</b>	Nota de Empenho:	2025NE09630
<b>VII</b>	Data de Emissão:	12/09/2025
<b>VIII</b>	Evento:	400091 - EMPENHO DA DESPESA
<b>IX</b>	Modalidade:	3 - Global

- 6.2. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

## 7. CLÁUSULA SÉTIMA – CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

### 7.1. Instrumento de Medição de Resultados (IMR)

- 7.1.1. O Instrumento de Medição de Resultado – IMR destina-se à avaliação da qualidade do serviço prestado pela CONTRATADA, com base em parâmetros objetivos e previamente acordados entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA. A Fiscalização Técnica do contrato deve avaliar constantemente a execução do objeto e deverá utilizar o Instrumento de Medição de Resultado (IMR) para a aplicação de sanções contratuais cabíveis, sempre que a contratada:

- a) não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas;
- b) deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

- 7.1.2. A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da qualidade da prestação dos serviços pela CONTRATADA.

- 7.1.3. Contempla o IMR dessa contratação a análise das contas hospitalares e a análise dos indicadores de qualidade.

- 7.1.3.1. Na análise das contas serão aplicadas glosas para os itens apresentados sem evidência de uso ou em desacordo com o quadro clínico do paciente e os protocolos seguidos. Encontra-se detalhado no **APÊNDICE II - "CRITÉRIOS DE GLOSA"**.

- 7.1.3.1.1. Cabe à empresa contratada apresentar as contas hospitalares conforme valores firmados em contrato. Não havendo a apresentação de forma correta, cabe ao analista de contas sinalizar para o gestor do contrato a fim de notificar a empresa.

- 7.1.3.2. Com relação a análise da prestação do serviço serão utilizados os indicadores constantes no **APÊNDICE III - "FICHA DE INDICADORES"**, sendo composto por fichas dos indicadores abaixo, as quais serão utilizadas conforme modalidade de UTI (adulto, pediátrico e neonatal):

- I - A ficha 1 (Razão de Mortalidade Padronizada) será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- II - A ficha 2 (Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário relacionada à sonda vesical) será avaliada apenas nas UTI Adulto e Pediátrica.
- III - A ficha 3 (Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica) será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- IV - A ficha 4 (Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI) será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- V - A ficha 5 (Densidade de incidência de eventos adversos) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- VI - A ficha 6 (Disponibilidade de leitos pela contratada conforme contrato) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- 7.1.3.2.1. A empresa contratada deverá encaminhar mensalmente o resultado dos indicadores 1 a 5 contendo a memória de cálculo e evidências conforme item 4.3.8.9.
- 7.1.3.2.2. A partir da análise dos indicadores a comissão de fiscalização irá aplicar os descontos na nota fiscal, mensal, conforme metodologia abaixo:
- 7.2. **Análise dos Indicadores:**
- 7.2.1. Os indicadores 1 a 5 deverão ser analisados mensalmente.
- 7.2.2. O desconto ocorrerá na nota fiscal da respectiva competência do resultado dos indicadores.
- 7.2.3. Os parâmetros para os descontos a serem realizados são:
- 7.2.3.1. **Totalmente Conforme:** Será considerado totalmente conforme o indicador que apresentar resultado conforme a meta estabelecida.
- 7.2.3.2. **Não Conforme:** Será considerado "Não Conforme" o Indicador que apresentar resultado divergente da meta estabelecida conforme polaridade.

**TABELA DE DESCONTO**

Item	Indicadores	Cálculo	Meta - conformidade	Não conforme
1	Razão de Mortalidade Padronizada (Standardized Mortality Ratio – SMR)	Nº Observado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês / Nº Esperado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês	SMR menor ou igual a 1 com intervalo de confiança (IC) de 0,95	Maior que 1
2	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada à sonda vesical	Total de pacientes com infecções do trato urinário com SVD no mês/Total de pacientes com SVD no mês) * 100	UTI Adulto: P90 da DI ≤ 2,3 ITU por 1000 SVD-DIA UTI Pediátrica: P90 da DI ≤ 3,1 ITU por 1000 SVD-DIA UTI Neonatal - não será avaliado este indicador	UTI Adulto: P90 da DI > 2,4 ITU por 1000 SVD-DIA UTI Pediátrica: P90 da DI > 3,2 ITU por 1000 SVD-DIA UTI Neonatal - não será avaliado este indicador

3	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	(Total de infecção hospitalar associada ao uso de ventilador em UTI no período/ Total de pacientes de UTI com uso de respirador no período)*100	UTI Adulto: P90 da DI ≤ 11,5 PAV por 1000 PACIENTES DIA UTI Pediátrica: P90 da DI ≤ 3,3 PAV por 1000 PACIENTES DIA UTI Neonatal: <750g: P90 da DI ≤ 5,4 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 750g a 999g: P90 da DI ≤ 6,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 1000g a 1499g: P90 da DI ≤ 3,8 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 1500g a 2499g: P90 da DI ≤ 7,2 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia >2500g: P90 da DI ≤ 1,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia	UTI Adulto: P90 da DI > 11,6 PAV por 1000 PACIENTE DIA UTI Pediátrica: P90 da DI > 3,4 PAV por 1000 PACIENT DIA UTI Neonatal: <750g: P90 da DI > 5,4 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 750g a 999g: P90 da DI > 6,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 1000g a 1499g: P90 da DI > 3,8 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia 1500g a 2499g: P90 da DI > 7,2 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia >2500g: P90 da DI > 1,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia
4	Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (IPCSL)	(Total de casos novos infecção hospitalar associada ao uso de ventilador em UTI no período/ Total de pacientes de UTI com uso de respirador no período)*100	UTI Adulto: P90 da DI ≤ 5,3 IPCSL por 1000 PACIENTES DIA UTI Pediátrica: P90 da DI ≤ 5,5 IPCSL por 1000 PACIENTES DIA UTI Neonatal: <750g: P90 da DI ≤ 21,6 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 750g a 999g: P90 da DI ≤ 20,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1000g a 1499g: P90 da DI ≤ 17,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1500g a 2499g: P90 da DI ≤ 12,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia >2500g: P90 da DI ≤ 7,5 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia	UTI Adulto: P90 da DI ≥ 5,4 IPCSL por 1000 PACIENTE DIA UTI Pediátrica: P90 da DI ≥ 5,6 IPCSL por 1000 PACIENT DIA UTI Neonatal: <750g: P90 da DI > 21,6 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 750g a 999g: P90 da DI > 20,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1000g a 1499g: P90 da DI > 17,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia 1500g a 2499g: P90 da DI > 12,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia >2500g: P90 da DI > 7,5 IPCSL por 1000 paciente em CVC-dia
5	Densidade de incidência de eventos adversos	(Total de eventos adversos identificados no período/Total de pacientes internados em UTI)*100	≤ 10%	> 10%

#### **TOTAL MÁXIMO DE DESCONTO MENSAL**

7.2.3.2.1. Além da aplicação do desconto sobre a nota fiscal mensal, a empresa deverá ser notificada/advertida para apresentação de plano de ação a fim de sanar a irregularidade, para cada indicador irregular.

7.2.3.2.2. Havendo ocorrência de descumprimento de indicador por três meses, consecutivos ou não, deverá ser aplicada penalidade de multa conforme previsto em contrato.

7.2.3.2.3. Para efeitos de avaliação da disponibilidade de leitos firmadas contratualmente, a cada 6 meses, a comissão de fiscalização avaliará o indicador nº 6, APÊNDICE III - "FICHA DE INDICADORES".

7.2.3.2.4. A partir da análise do indicador, em caso de não atingimento da meta estabelecida a comissão fiscalizadora deverá notificar a empresa, solicitando justificativa de baixa disponibilidade de leitos/diária no período. A empresa deve apresentar justificativa em até 10 dias úteis.

7.2.3.2.5. A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços, cujo principal objetivo é assegurar a prestação dos serviços. A CONTRATADA deverá executar a prestação dos serviços, conforme rotinas previstas nas especificações contidas no contrato, de forma contínua e com elevados níveis de qualidade, sob a supervisão da Equipe de Fiscalização da SES/DF, identificando eventuais falhas ou outras situações que possam influenciar a medição de resultados na prestação do serviço.

#### **7.3. A aferição da execução contratual:**

7.4. A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará os seguintes critérios:

- Encaminhamento do paciente pelo CRDF à contratada via regulação;
- Apresentação da prestação de contas por paciente, por competência, conforme contrato e valores firmados, consoante as "Obrigações quanto à prestação de contas", e por meio de Nota fiscal com o(s) procedimento(s) e diárias;
- O pagamento deverá ser realizado considerando o leito efetivamente utilizado (paciente-dia) e não pelo total de leitos contratados.

#### **7.5. Da liquidação**

7.5.1. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, se inicia o prazo de liquidação, a contar do atesto da nota fiscal pela comissão de fiscalização.

7.5.2. Para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

- O prazo de validade;
- A data da emissão;
- Os dados do contrato e do órgão CONTRATANTE;
- O período respectivo de execução do contrato;
- O valor a pagar; e
- Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

7.5.3. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobreposta até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à CONTRATANTE;

7.5.4. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta online ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da

7.5.5. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para:

- a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;
- b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

7.5.6. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação. Não havendo regularização o CONTRATANTE deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

7.5.7. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o CONTRATANTE deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

7.5.8. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

#### 7.6. **Do prazo de pagamento**

7.6.1. No dever de pagamento pela Administração, será observada a ordem cronológica para pagamentos das compras/contratações da pasta.

7.6.2. O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior.

7.6.3. No caso de atraso pelo CONTRATANTE, os valores devidos ao contratado serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice IPCA de correção monetária.

#### 7.7. **Da forma de pagamento**

7.7.1. O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

7.7.2. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

7.7.3. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

7.7.4. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

7.7.5. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

#### 7.8. **Do Reajuste**

7.8.1. Os valores serão reajustado mediante atualização da tabela referenciada publicada em deliberação.

7.8.2. Havendo atualização da deliberação, o reajuste entrará em vigor após apostilamento.

#### 7.9. **Cessão de crédito**

7.9.1. É admitida a cessão fiduciária de direitos creditícios com instituição financeira, nos termos e de acordo com os procedimentos previstos na [Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de Julho de 2020](#), conforme as regras deste presente tópico.

7.9.2. As cessões de crédito não fiduciárias dependerão de prévia aprovação do CONTRATANTE.

7.9.3. A eficácia da cessão de crédito, de qualquer natureza, em relação à Administração, está condicionada à celebração de termo aditivo ao contrato administrativo.

7.9.4. Sem prejuízo do regular atendimento da obrigação contratual de cumprimento de todas as condições de habilitação por parte do contratado (cedente), a celebração do aditamento de cessão de crédito e a realização dos pagamentos respectivos também se condicionam à regularidade fiscal e trabalhista do cessionário, bem como à certificação de que o cessionário não se encontra impedido de licitar e contratar com o Poder Público, conforme a legislação em vigor, ou de receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, conforme [o art. 12 da Lei nº 8.429, de 1992](#), nos termos do [Parecer JL-01, de 18 de maio de 2020](#).

7.9.5. O crédito a ser pago à cessionária é exatamente aquele que seria destinado à cedente (contratado) pela execução do objeto contratual, restando absolutamente incólumes todas as defesas e exceções ao pagamento e todas as demais cláusulas exorbitantes ao direito comum aplicáveis no regime jurídico de direito público incidente sobre os contratos administrativos, incluindo a possibilidade de pagamento em conta vinculada ou de pagamento pela efetiva comprovação do fato gerador, quando for o caso, e o desconto de multas, glosas e prejuízos causados à Administração. (INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 53, DE 8 DE JULHO DE 2020 e Anexos)

7.9.6. A cessão de crédito não afetará a execução do objeto contratado, que continuará sob a integral responsabilidade do contratado.

### 8. **CLÁUSULA OITAVA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

8.1. A vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do contrato, PRORROGÁVEL por até 120 (cento e vinte) meses, na forma dos artigos 105 a 107 da Lei nº 14.133, de 2021, conforme conveniência e oportunidade.

### 9. **CLÁUSULA NONA – DA GARANTIA**

9.1. Não será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

### 10. **CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE DO DISTRITO FEDERAL**

10.1. Monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para corrigir ou aplicar sanções quando verificar um viés contínuo de desconformidade da prestação do serviço em cotejo à qualidade exigida;

10.2. Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários para a fiel execução contratual, que venham a ser solicitados pela Contratada;

- 10.3. Proporcionar todas as condições necessárias para que a Contratada possa cumprir o estabelecido no contrato, ainda que sobrevenha a extinção do credenciamento;
- 10.4. Nomear fiscais e gestor para cumprimento das atribuições legais cabíveis;
- 10.5. Comunicar à Contratada todas e quaisquer ocorrências relacionadas com a prestação do Serviço;
- 10.6. Aplicar sanções, inclusive pecuniárias (multas), com base na legislação vigente pelo descumprimento dos prazos estabelecidos sem justificativa aceita pela Contratante;
- 10.7. Efetuar o pagamento de faturas, após conferência e atesto da realização dos procedimentos por meio da avaliação dos índices, metas e critérios de avaliação e mensuração da qualidade dos serviços prestados;
- 10.8. Efetuar os pagamentos pelos serviços prestados, dentro dos prazos previstos no contrato, no edital de credenciamento e na legislação;
- 10.9. Fornecer os meios necessários à execução, pelo credenciado, dos serviços objeto do contrato;
- 10.10. Rejeitar procedimentos que os agentes responsáveis pela fiscalização e gestão contratual julguem duvidosos, ou sem comprovação de realização ou fora do previsto no escopo do contrato, a menos que seja devidamente justificado e autorizado;
- 10.11. A SES/DF será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução do credenciamento, registrando eventuais ocorrências e adotando providências necessárias para o seu fiel cumprimento;
- 10.12. Realizar a capacitação dos fiscais da contratação;
- 10.13. Realizar o alinhamento constante entre comissão fiscalizadora e as empresas a serem contratadas garantindo uma execução eficiente.

## 11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

- 11.1. Oferecer seus serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal mediante a regulação do acesso pelo Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF;
- 11.2. A SES/DF não responderá por serviços prestados a pessoas não direcionadas por meio do Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF.
- 11.3. Garantir assistência igualitária e equitativa, sem discriminação de qualquer natureza, assistindo os pacientes da SES/DF com elevado padrão de eficiência e estrita observância do Código de Ética dos profissionais envolvidos na assistência;
- 11.4. Cumprir as normas estabelecidas pela legislação vigente que rege as boas práticas nas unidades de terapia intensiva;
- 11.5. Oferecer seus serviços utilizando-se de instalações físicas adequadas, em conformidade com as normas técnicas dispostas na Resolução ANVISA - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002;
- 11.6. Oferecer assistência integral ao paciente crítico, vinte quatro horas por dia, 7 dias por semana, com equipamentos, materiais e recursos humanos em quantidade e qualidade em conformidade com a Resolução ANVISA - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017 (tabelas detalhadas no **APÊNDICE IV - "REQUISITOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS E DE AMBIENTAÇÃO"**).
- 11.7. Deverá prover os meios necessários para o monitoramento e prevenção dos riscos de natureza química, física e biológica inerentes aos procedimentos correspondentes a cada tipo de tratamento realizado;
- 11.8. Implantar o atendimento humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- 11.9. Promover a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- 11.10. Não utilizar, nem permitir que outros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 11.11. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes, bem como o arquivo médico;
- 11.12. O prontuário deverá estar sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. O manuseio e o conhecimento dos prontuários será permitido apenas por pessoas obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade. Serão permitidas cópias do prontuário ao paciente ou seu representante legal, bem como para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente.
- 11.13. Manter atualizadas diariamente as informações sobre os pacientes aos familiares por meio de boletins presenciais (visita) e/ou virtual;
- 11.14. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes e idosos, de acordo com as legislações específicas, salvo motivo de força maior;
- 11.15. Na impossibilidade de acompanhante, permitir a visita estendida garantindo maior humanização no atendimento, conforme Manual de visitas presencial às Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF ([https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/MANUAL\\_DE\\_VISITAS\\_PRESENCIAIS\\_AS\\_UTI\\_NA\\_SES\\_22.docx\\_1\\_.pdf/31ec4e4e-145e-818c-e5f0-c4108add7a23?t=1676653093811](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/MANUAL_DE_VISITAS_PRESENCIAIS_AS_UTI_NA_SES_22.docx_1_.pdf/31ec4e4e-145e-818c-e5f0-c4108add7a23?t=1676653093811)).
- 11.16. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário e/ou responsável legal a assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCL) para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- 11.17. Justificar, por escrito, ao paciente ou seu representante, bem como a esta SES/DF, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- 11.18. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com normativas específicas;
- 11.19. Colaborar com as autoridades sanitárias, de acordo com o Código de Ética e das normas vigentes na instituição.
- 11.20. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pela contratação, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à CONTRATANTE;
- 11.21. Deve selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho, em conformidade com a legislação vigente;
- 11.22. Executar os serviços conforme especificações definidas, com a alocação dos profissionais necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais;
- 11.23. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços, relacionado ao paciente;
- 11.24. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à SES/DF, devendo ressarcir imediatamente a Administração em sua integralidade, ficando a CONTRATANTE autorizada a descontar dos pagamentos devidos à CONTRATADA, o valor correspondente aos danos sofridos;
- 11.25. Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho, em conformidade com a legislação vigente;

11.26. Deverá colocar seu Responsável Técnico, Preposto ou Representante da CONTRATADA à disposição da CONTRATANTE para quaisquer informações, consultorias ou suporte técnico necessários;

11.27. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela CONTRATANTE ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do serviço;

11.28. Facilitar os trabalhos de acompanhamento e fiscalização exercidos pela SES/DF e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores desta, designados para tal fim;

11.29. Disponibilizar acesso aos prontuários médicos, documentação e relatórios médicos solicitados pela Contratada por meio de comunicação oficial;

11.30. Realizar todos os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS, seja para a realização do procedimento ou para qualquer medicamento ou insumo necessário à realização dos mesmos;

11.31. Deverá fornecer à SES DF as Tabelas de Referência de Preços (CBHPM, BRASÍNDICE, SIMPRO, AMB92, SBH 1995) atualizadas;

11.32. Atender as demandas pontuais e flutuantes da Secretaria de Saúde em caso de Planos de Contingência ou Estados de Excepcionalidade;

11.33. Realizar pesquisa de satisfação com o usuário e encaminhar à Contratante o documento gerado para aferição da satisfação no atendimento;

11.34. Atender as solicitações de preenchimento de formulários e/ou sistemas solicitados pela contratante;

11.35. Apresentar o resultado dos indicadores previstos no IMR.

11.36. Cumprir com o disposto na Lei nº 6.112, de 02/02/2018, alterada pela Lei nº 6.176 de 16/07/2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Distrito Federal;

11.37. Cumprir com o disposto na Lei nº 6.679 de 24/09/2020 que dispõe sobre a exigência de garantia de equidade salarial entre homens e mulheres nas empresas que contratam com o Poder Público do Distrito Federal;

11.38. Cumprir o disposto no Decreto nº 39.736, de 28/03/2019, que dispõe sobre a Política de Governança Pública e Compliance no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal;

11.39. Cumprir o disposto na Portaria nº 356, de 29/07/2019, da Controladoria Geral do Distrito Federal.

11.39.1. O contratado após a assinatura do contrato, a partir de 1º de janeiro de 2020, deverá implantar o Programa de Integridade no âmbito de sua pessoa jurídica, conforme disposto na Lei 6.112/2018 e na Lei nº 6.308 de 13/06/2019 e regulamentada pelo Decreto 40.388 de 14/01/2020 e no Guia Prático para Análise dos PROGRAMAS DE INTEGRIDADE PRIVADA, da CONTROLADORIA-GERAL.

11.39.2. Para efeito de cumprimento do disposto no item acima, a empresa deverá apresentar os Formulários de **Avaliação de Programa de Integridade Relatório de Perfil e Avaliação de Programa de Integridade Relatório de Conformidade, conforme Anexo I do Decreto 40.388 de 14/01/2020**.

11.39.2.1. A empresa que não enviar os Formulários - **Relatório de Perfil e Relatório de Conformidade** - estará sujeita as sanções cabíveis.

11.39.2.2. A implementação do Programa de Integridade limita-se aos contratos com valor global igual ou superior a R\$200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) e aplica-se em sua plenitude às pessoas jurídicas que firmem relação contratual com prazo de validade ou de execução igual ou superior a 180 dias, conforme Guia Prático para Análise dos PROGRAMAS DE INTEGRIDADE PRIVADA, da CONTROLADORIA-GERAL.

#### **11.40. OBRIGAÇÕES QUANTO A PRESTAÇÃO DE CONTAS**

11.40.1. A CONTRATADA deverá manter atualizado o cadastro do estabelecimento de saúde no SCNES/MS (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Entende-se por CNES atualizado os registros de todas as alterações relativas a profissionais, equipamentos, leitos, serviços do estabelecimento contratado, e os terceiros (prestadores de serviços assistenciais) da credenciada;

11.40.2. A CONTRATADA deverá proceder com os ajustes necessários no cadastro do SCNES/MS para aprovação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH);

11.40.3. A CONTRATADA deverá enviar mensalmente, conforme cronograma estabelecido, via Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS) a produção realizada para a área competente desta SES/DF (GEPI/DICS/CCONS/SUPLANS) ou o setor que absorva esse serviço), para processamento e envio ao Ministério da Saúde;

11.40.4. Cabe ao prestador apresentar as contas faturadas em conformidade com o regramento do contrato formalizado. Caso as contas não sejam apresentadas conforme o faturamento previsto, estas não serão recebidas pela comissão especial de análise de contas (CEAN) para análise, a contratada será notificada e deverá reapresentar as contas faturadas em conformidade com o regramento do contrato formalizado em até 72 horas.

11.40.5. Apresentar estatística mensal aos executores do contrato de todo atendimento realizado, até o 5º dia útil do mês subsequente, por especialidade, especificando exames, consultas, procedimentos cirúrgicos e outros, bem como o código, com sua respectiva descrição e tabela utilizada relacionando com o número e a classificação de usuário do serviço;

11.40.6. Apresentar as faturas correspondentes aos serviços prestados à Contratante, até a primeira quinzena do mês subsequente, para que sejam apreciadas e dado o prosseguimento dos trâmites legais de pagamento.

11.40.7. Justificar ao órgão ou entidade CONTRATANTE eventuais motivos de força maior que impeçam a realização do serviço , objeto do contrato, e apresentar novo cronograma para a assinatura de eventual termo aditivo para alteração do prazo de execução;

11.40.8. Notificar a SES/DF da eventual alteração do seu endereço, sua razão social ou de controle acionário e de mudança em sua diretoria ou responsável técnico, contrato social ou estatuto, enviando-lhe no prazo de 60 (sessenta dias) contado a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão na Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

11.40.9. Cumprir os prazos e condições definidos no contrato;

11.40.10. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços;

11.40.11. Processar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), no Sistema Informação Hospitalar (SIH) no mês da competência de apresentação, considerando o mês de alta dos pacientes atendidos nos estabelecimentos contratados pela SES DF. Por exemplo: AIH com altas em janeiro/2022 devem ser apresentadas, em sua totalidade, na produção hospitalar, por meio do sistema SISAIH, dentro da mesma competência de processamento (janeiro/2022).

11.40.12. A contratada deverá enviar mensalmente, conforme cronograma estabelecido, via Sistema de Informações Hospitalares de Produção (SIH/MS) a produção realizada para a área competente desta SES/DF (GEPI/DICS/SUPLANS ou o setor que absorva esse serviço), para processamento e envio ao Ministério da Saúde.

11.40.13. A falta de atualização do SCNES e/ou a falta do envio da produção realizada acarretará o não pagamento do serviço, devido à impossibilidade de aprovação nos sistemas de informação do MS.

11.40.14. A contratada deverá apresentar após procedimento a documentação, à CONTRATANTE, conforme acordado com a comissão de fiscalização.

11.40.15. A CONTRATADA deverá encaminhar a prestação de contas dos serviços executados mensalmente para análise e recebimento provisório, incluindo todas as documentações necessárias por paciente: prontuário, contas com os devidos lacres, pedidos médicos e autorizações, conforme POP orientativo de prestação de contas a ser informado pela CONTRATANTE.

## 12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

12.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

12.2. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, não se restringindo ao limite percentual previsto no art. 125 da Lei nº 14.133/2021, por se tratar de contrato de natureza *sui generis*.

12.3. Registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

## 13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

13.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021, o Contratado que:

13.1.1. der causa à inexecução parcial do contrato;

13.1.2. der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração ou ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

13.1.3. der causa à inexecução total do contrato;

13.1.4. deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

13.1.5. não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

13.1.6. não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

13.1.7. ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;

13.1.8. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a dispensa eletrônica ou execução do contrato;

13.1.9. fraudar a contratação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

13.1.10. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

13.1.11. praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da contratação;

13.1.12. praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

13.2. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas acima descritas as seguintes sanções:

13.2.1. **Advertência**, quando o Contratado der causa à inexecução parcial do contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §2º, da Lei);

13.2.2. **Impedimento de licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas b, c, d, e, f e g do subitem acima deste Contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §4º, da Lei);

13.2.3. **Declaração de inidoneidade para licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas h, i, j, k e l do subitem acima deste Contrato, bem como nas alíneas b, c, d, e, f e g, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §5º, da Lei)

13.2.3.1. **Multa**:

13.2.3.2. Sanção prevista de **Multa**, não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato licitado ou celebrado com contratação direta e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no [art. 155 desta Lei](#).

13.2.3.3. A aplicação das sanções previstas neste Contrato não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Contratante (art. 156, §9º)

13.2.3.4. Todas as sanções previstas neste Contrato poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa (art. 156, §7º).

13.2.3.5. Antes da aplicação da multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação (art. 157)

13.2.3.6. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor do pagamento eventualmente devido pelo Contratante ao Contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente (art. 156, §8º).

13.2.3.7. A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa ao Contratado, observando-se o procedimento previsto no **caput** e parágrafos do art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, para as penalidades de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

13.2.3.8. Na aplicação das sanções serão considerados (art. 156, §1º):

1. a natureza e a gravidade da infração cometida;
2. as peculiaridades do caso concreto;
3. as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
4. os danos que dela provierem para o Contratante;
5. a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

13.2.3.9. Os atos previstos como infrações administrativas na Lei nº 14.133, de 2021, ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei nº 12.846, de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedural e autoridade competente definidos na referida Lei (art. 159)

13.2.3.10. A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Contrato ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia (art. 160)

13.2.3.11. O Contratante deverá, no prazo máximo 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções por ela aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal. (Art. 161)

13.2.3.12. As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar são passíveis de reabilitação na forma do art. 163 da Lei nº 14.133/21.

## 14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA EXTINÇÃO E RESCISÃO CONTRATUAL

- 14.1. A rescisão do Contrato se dará nos termos dos Artigos 137, 138 e 139 da Lei nº 14.133/2021;
- 14.2. No procedimento de rescisão contratual, será assegurado o contraditório e a ampla defesa sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade de a Contratante adotar, motivadamente, providências acauteladoras.
- 14.3. O contrato poderá ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no artigo 137 da Lei nº 14.133/21, bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.
- 14.4. Nesta hipótese, aplicam-se também os artigos 138 e 139 da mesma Lei.
- 14.5. A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa não ensejará a extinção se não restringir sua capacidade de concluir o contrato.
- 14.6. Se a operação implicar mudança da pessoa jurídica contratada, deverá ser formalizado termo aditivo para alteração subjetiva.
- 14.7. O termo de extinção, sempre que possível, será precedido:
- 14.7.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
- 14.7.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
- 14.7.3. Indenizações e multas.
- 14.8. A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório (art. 131, *caput*, da Lei nº 14.133, de 2021).
- 14.9. O contrato poderá ser extinto caso se constate que o contratado mantém vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que tenha desempenhado função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau (art. 14, inciso IV, da Lei nº 14.133, de 2021).

## 15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOS DÉBITOS PARA COM A FAZENDA PÚBLICA

- 15.1. Os débitos da CONTRATADA para com o Distrito Federal, decorrentes ou não do ajuste, serão inscritos em Dívida Ativa e cobrados mediante execução na forma da legislação pertinente, podendo, quando for o caso, ensejar a rescisão unilateral do Contrato.

## 16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA COMISSÃO EXECUTORA

- 16.1. **Executor do Contrato:** Os gestores e fiscais do contrato serão designados pela autoridade máxima da SES/DF, ou a quem as normas de organização administrativa indicarem, na forma do [art. 7º da Lei nº 14.133/2021](#) e art. 10 do Decreto Distrital nº 44.330/2023, de forma que serão anexadas ao processo SEI vinculado a esta contratação as publicações dos atos de designação dos agentes públicos para o exercício dessas funções;

### 16.2. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

- 16.3. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (Lei 14.133/2021, art.115, *caput*);

- 16.4. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o mesmo será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila (Lei 14.133/2021, art.115, §5º);

- 16.5. As comunicações entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim;

- 16.6. A CONTRATANTE poderá convocar representante da CONTRATADA para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato;

- 16.7. Após a assinatura do contrato, a CONTRATANTE convocará o representante da empresa CONTRATADA para reunião inicial para apresentação do cronograma de execução, bem como plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da CONTRATADA, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

### 16.8. Preposto

- 16.8.1. A CONTRATADA designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado.

- 16.8.2. A CONTRATADA deverá manter preposto da empresa no local da execução do objeto durante o período da vigência contratual.

- 16.8.3. A CONTRATANTE poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a CONTRATADA designará outro para o exercício da atividade.

### 16.9. Fiscalização

- 16.9.1. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei 14.133/2021, art.117, *caput*);

- 16.9.2. Os gestores e fiscais do contrato serão designados pela autoridade máxima do órgão, ou a quem as normas de organização administrativa indicarem, devendo a Administração instruir os autos com as publicações dos atos de designação dos agentes públicos para o exercício dessas funções.

- 16.9.3. Além do disposto abaixo, a fiscalização contratual obedecerá às normas, regulamentações e similares da instituição.

### 16.10. Fiscalização Técnica

- 16.10.1. O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração;

- 16.10.2. O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados (Lei 14.133/2021, art.117,§1º);

- 16.10.3. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção;

- 16.10.4. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso;

16.10.5. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato;

16.10.6. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual;

16.10.7. Além do disposto acima, a fiscalização contratual obedecerá às seguintes rotinas:

16.10.8. A CONTRATADA deverá encaminhar a prestação de contas dos serviços executados mensalmente para análise e recebimento provisório, incluindo todas as documentações necessárias por paciente: prontuário, contas com os devidos lacre, pedidos médicos e autorizações, conforme POP orientativo de prestação de contas a ser informado pela CONTRATANTE.

#### **16.11. *Fiscalização Administrativa***

16.11.1. O fiscal administrativo verificará a manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA, solicitará a emissão da nota fiscal, acompanhará o empenho e o pagamento.

16.11.2. O fiscal administrativo acompanhará as garantias, as glosas e a formalização de apostilamentos e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário;

16.11.3. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

16.11.4. Além do disposto acima, a fiscalização contratual obedecerá às normas, regulamentações e similares da instituição.

#### **16.12. *Gestor do Contrato***

16.12.1. O gestor do contrato coordenará o processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da Administração;

16.12.2. O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração;

16.12.3. O gestor do contrato deverá gerenciar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

### **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS CASOS OMISSOS**

17.1. Os casos omissos serão decididos pelo CONTRATANTE, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 2021 e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 – Código de Defesa do Consumidor – e normas e princípios gerais dos contratos.

### **18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO E DO REGISTRO**

18.1. Incumbirá ao contratante divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no [art. 94 da Lei 14.133, de 2021](#), bem como no respectivo sítio oficial na Internet, em atenção ao art. 91, *caput*, da Lei nº 14.133, de 2021.

### **19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO**

19.1. Fica eleito o foro de Brasília, Distrito Federal, para dirimir quaisquer dúvidas relativas ao cumprimento do presente Contrato.

19.2. Havendo irregularidades neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060.

## **APÊNDICE II**

### **CRITÉRIOS DE GLOSA**

Glosa hospitalar é uma recusa de pagamento de um serviço ou procedimento prestado por um hospital ou clínica. Pode ser parcial ou total. Os principais motivos de glosas serão listados abaixo. Entretanto, considerando que não é possível esgotar todas as situações possíveis, casos excepcionais poderão ser revistos:

#### **1.1. Diárias e Taxas:**

1. Diárias cobradas além da permanência hospitalar (determinada pela efetiva admissão do paciente no leito da contratada e a alta administrativa, comprovada por registro de evolução clínica);
2. Taxas não previstas em contrato.

#### **1.2. Medicamentos e dietas:**

1. Ausência de prescrição do médico;
2. Ausência do horário de checagem da medicação e rubrica pela enfermagem;
3. Ausência de evolução da administração pela enfermagem;
4. Ausência de relato no balanço hídrico;
5. Cobrança excedente além do valor do medicamento genérico de menor valor;
6. Cobrança em desacordo com a prescrição médica;
7. Medicamento de alto custo e dieta administrados após parecer desfavorável do médico supervisor;
8. Ausência do lacre do medicamento de alto custo para conferência dos analisadores de contas;
9. Medicamento não compatível com o atendimento sem relatório que justifique o uso, ou seja, que esteja em desacordo com protocolos assistenciais e/ou procedimento operacional padrão definidos pelo Ministério da Saúde e/ou da contratada, caso tenham sido validados pela SES/DF;
10. Medicação suspensa em prescrição médica, ainda que tenha sido preparada ou administrada;

11. Quantidade/dose incompatível com a prescrição médica e indicação clínica;
12. Medicamentos não padronizados ou não validados pela SES/DF na fase de apresentação das propostas.

#### 1.3. Material e OPME:

1. Materiais não previstos para o procedimento, ou seja, que esteja em desacordo com protocolos assistenciais e/ou procedimento operacional padrão definidos pelo Ministério da Saúde e/ou da contratada, caso tenham sido validados pela SES/DF;
2. Quantidade apresentada acima do previsto para o procedimento;
3. Cobrança de material não padronizado na SES/DF que não haja razoabilidade para uso;
4. Ausência do lacre para conferência dos analisadores de contas da SES/DF.;
5. Lacre de material diferente do material informado na conta apresentada;
6. Cobrança de material, sem haver evidências de utilização em prontuário médico;
7. Material utilizado fora do prazo para realização de troca sem evolução que embase a necessidade de troca e ou em desacordo com protocolos assistenciais e/ou procedimento operacional padrão definidos pelo Ministério da Saúde e/ou da contratada, caso tenham sido validados pela SES/DF;
8. OPME com lacre em desacordo com o registro da ANVISA e ou com data de validade vencida.

#### 1.4. Honorários médicos e procedimentos:

1. Ausência de prescrição e/ou parecer justificando a necessidade de acompanhamento de especialista;
2. Ausência de pedido médico para realização de procedimento;
3. Ausência de registro em prontuário do Especialista do procedimento realizado;
4. Cobrança não corresponde ao procedimento realizado e/ou autorizado;
5. Cobrança de honorários de profissional em procedimento sem haver comprovação, sem evolução, sem constar o carimbo e/ou assinatura com o registro do CRM de todos os profissionais envolvidos no procedimento;
6. Cobrança de visitas médicas da equipe que realizou o procedimento nos primeiros 10 (dez) dias após o ato cirúrgico.

#### 1.5. SADT

1. Cobrança de exames não padronizado ou não validados pela SES/DF na fase de planejamento para execução contratual;
2. Cobrança de exame sem prescrição médica;
3. Ausência de identificação do paciente, data de realização, assinatura e/ou carimbo do profissional;
4. Ausência de registro de execução;
5. Ausência do resultado/laudo que comprove a realização dos exames.

#### 1.6. Regras gerais:

1. Cobrança em duplicidade;
2. Cobrança de itens fora do tempo de permanência do paciente na contratada;
3. Pedido médico alterado e/ou rasurado e/ou ilegível;
4. Documentação sem data ou com data rasurada;
5. Documentação sem a identificação do paciente ou em nome de outro paciente;
6. Cobrança de itens após parecer desfavorável do médico supervisor da SES/DF.

---

### APÊNDICE III

#### INSTRUMENTO DE MEDAÇÃO DE RESULTADOS (IMR)

#### FICHAS DE INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

- **Ficha 1** (Razão de Mortalidade Padronizada (Standardized Mortality Ratio SMR) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.
- **Ficha 2** (Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário relacionada à sonda vesical) - será avaliada apenas nas UTI Adulto e Pediátrica.

- A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.

- **Ficha 3** (Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.

- A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.

- **Ficha 4** (Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI) será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.

- A meta deste indicador, deverá ser atualizada anualmente, considerando o p90 conforme Relatório GRSS/DIVISA - que faz a análise das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana nos hospitais do Distrito Federal.

- **Ficha 5** (Densidade de incidência de eventos adversos) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.

- **Ficha 6** (Disponibilidade de leitos pela contratada conforme contrato) - será avaliada nos 3 subtipos de UTI: adulto, pediátrica e neonatal.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR	
<b>Indicador</b>	Razão de Mortalidade Padronizada (Standardized Mortality Ratio – SMR)
<b>Conceituação</b>	Representa a razão entre a mortalidade absoluta e a mortalidade esperada (prevista por sistema de score prognóstico padronizado validado - SAPS 3) dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrica
<b>Dimensão da Qualidade</b>	Efetividade / Eficiência
<b>Usos</b>	Avaliar o desempenho global da Unidade de Terapia Intensiva, no que se refere à qualidade da assistência prestada, considerando o desfecho mortalidade.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p>NUMERADOR: Nº Observado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês</p> <p>DENOMINADOR: Nº Esperado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês</p> <p>SMR = Nº Observado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês / Nº Esperado de mortes dos pacientes internados na UTI durante 1 mês</p>
<b>Meta</b>	SMR menor ou igual a 1 com intervalo de confiança (IC) de 0,95
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade
<b>Polaridade</b>	Menor – melhor
<b>Fonte</b>	

**FICHA 2**

**FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR**

<b>Indicador</b>	<b>Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada à sonda vesical.</b>
<b>Conceituação</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (SVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Dimensão da Qualidade</b>	Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções)
<b>Usos</b>	Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI. O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>NUMERADOR:</b> Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com SVD no mês.</p> <p><b>DENOMINADOR:</b> Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (SVD-dia) no mês.</p> <p><b>MULTIPLICADOR:</b> 100</p> <p><b>(total de ITUs em pacientes com SVD) / (total de pacientes com SVD-dia) x 1.000</b></p> <p><b>Critérios de inclusão:</b> Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo "observações"); O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Pacientes que utilizam cateter duplo J; Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</p>
<b>Meta</b>	<p><b>UTI adulto:</b> P90 da DI <math>\leq</math> 2,3 ITU por 1000 SVD-dia</p> <p><b>UTI pediátrica:</b> P90 da DI <math>\leq</math> 3,1 ITU por 1000 SVD-dia</p> <p><b>UTI neonatal:</b> não será avaliado este indicador</p> <p>Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA Nº 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 -</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal
<b>Unidade de Medida</b>	Percentil
<b>Polaridade</b>	Menor – melhor
<b>Fonte</b>	Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
<b>Responsável</b>	CCIH/ estabelecimento

**FICHA 3**

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR	
Indicador	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)
Conceituação	Evidência a taxa de pneumonia associada à utilização de ventilação artificial, na UTI adulto, pediátrica e neonatal.
Dimensão da Qualidade	Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções)
Usos	Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI.
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Somatório de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI no período  DENOMINADOR: Somatório de pacientes de UTI com uso de respirador no período  MULTIPLICADOR: 100</p> <p><math>\Sigma</math> de infecção hospitalar associada ao uso do ventilador em UTI no período / <math>\Sigma</math> de pacientes de UTI com uso de respirador no período * 1000 = Converter o resultado para %</p> <p>Infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão.</p> <p>Ventilador mecânico é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal.</p> <p>Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.</p> <p>Pneumonia decorrente de aspiração maciça durante a intubação na sala de emergência deve ser considerada como pneumonia relacionada à assistência à saúde.</p>
Meta	<p>UTI adulto: P90 da DI <math>\leq</math> 11,5 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>UTI pediátrica: P90 da DI <math>\leq</math> 3,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>UTI neonatal:</p> <p>&lt; 750g: P90 da DI <math>\leq</math> 5,4 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>750g a 999g: P90 da DI <math>\leq</math> 6,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>1000g a 1499g: P90 da DI <math>\leq</math> 3,8 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>1500g a 2499g: P90 da DI <math>\leq</math> 7,2 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>&gt;2500g: P90 da DI <math>\leq</math> 1,3 PAV por 1000 paciente em uso de respirador-dia</p> <p>Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA N° 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 -</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Unidade de Medida	Percentil
Polaridade	Menor – melhor
Fonte	Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
Responsável	CCIH/ estabelecimento

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR	
<b>Indicador</b>	<b>Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI</b>
<b>Conceituação</b>	Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidades terapias intensivas (UTI), vezes 1000.
<b>Dimensão da Qualidade</b>	Segurança (Higienização das mãos e prevenção infecções)
<b>Usos</b>	Avalia de forma qualitativa a assistência prestada ao paciente internado na UTI. <b>NUMERADOR:</b> Cateter venoso central-dia <b>DENOMINADOR:</b> Somatório de pacientes de UTI com uso de respirador no período <b>MULTIPLICADOR:</b> 100  $\sum \text{ de casos novos de infecção de corrente sanguínea no período } / \sum \text{ de Cateter venoso central-dia no período } * 1000 = \text{Converter o resultado para \%}$
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Subdivisão do numerador:</b>  1. Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, no período.  2. Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial), no período.
<b>Meta</b>	<b>UTI adulto:</b> P90 da DI $\leq$ 5,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>UTI pediátrica:</b> P90 da DI $\leq$ 5,5 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>UTI neonatal:</b> <b>&lt; 750g:</b> P90 da DI $\leq$ 21,6 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>750g a 999g:</b> P90 da DI $\leq$ 20,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>1000g a 1499g:</b> P90 da DI $\leq$ 17,3 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>1500g a 2499g:</b> P90 da DI $\leq$ 12,1 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia <b>&gt;2500g:</b> P90 da DI $\leq$ 7,5 IPCSL por 1000 paciente em uso de CVC-dia  Fonte: RELATÓRIO GRSS/DIVISA N° 04/2023. ANÁLISE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL - ANO 2022 -
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal
<b>Unidade de Medida</b>	Percentil
<b>Polaridade</b>	Menor – melhor
<b>Fonte</b>	Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
<b>Responsável</b>	CCIH/ estabelecimento

**Ficha 4 - Orientação para análise: Infecção primária de corrente sanguínea:**

**Em UTI de Adultos e UTI Pediátrica:**

1. Infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Paciente com uma ou mais hemoculturas positivas coletadas preferencialmente de sangue periférico (A coleta de hemocultura através de dispositivos intravenosos é de difícil interpretação), e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio (A infecção em acesso vascular não é considerada infecção em outro sítio).

Critério 2: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), tremores, oligúria (volume urinário  $<20 \text{ ml/h}$ ), hipotensão (pressão sistólica  $<90 \text{ mmHg}$ ), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio; E Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteróides, *Bacillus* spp, *Propionibacterium* spp, *Staphylococcus* coagulase negativo, micrococos).

Critério 3: Para crianças  $> 28$  dias e  $< 1$  ano: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: Febre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), hipotermia ( $<36^{\circ}\text{C}$ ), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio) E Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteróides, *Bacillus* spp, *Propionibacterium* spp, *Staphylococcus* coagulase negativo, micrococos).

2. Infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial): é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), tremores, oligúria (volume urinário  $<20 \text{ ml/h}$ ), hipotensão (pressão sistólica  $<90 \text{ mmHg}$ ) ou (não relacionados com infecção em outro sítio) E todos os seguintes:

- a) Hemocultura negativa ou não realizada
- b) Nenhuma infecção aparente em outro sítio

c) Médico institui terapia antimicrobiana para sepse Critério 2: Para crianças  $> 30$  dias e  $< 1$  ano, Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:  $38^{\circ}\text{C}$ , hipotermia ( $<36^{\circ}\text{C}$ ), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio) E todos os seguintes: a) Hemocultura negativa ou não realizada b) Nenhuma infecção aparente em outro sítio c) Médico institui terapia antimicrobiana para sepse

**Em UTI Neonatal:**

1. Infecção primária da corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:

Critério 1: Uma ou mais hemoculturas positivas por microrganismos não contaminantes da pele e que o microrganismo não esteja relacionado à infecção em outro sítio;

Critério 2: Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local (discutir com médico assistente do RN):

- Instabilidade térmica\*;
- Bradicardia\*;
- Apnéia\*;
- Intolerância alimentar\*;
- Piora do desconforto respiratório\*;
- Intolerância à glicose\*;
- Instabilidade hemodinâmica\*,
- Hipoatividade/letargia\*

E pelo menos um dos seguintes:

a) Microrganismos contaminantes comuns da pele (difteróides, Proprionebacterium spp., Bacillus spp., Staphylococcus coagulase negativa ou micrococos) cultivados em pelo menos duas hemoculturas colhidas em dois locais diferentes, com intervalo máximo de 48 horas entre as coletas;

b) Staphylococcus coagulase negativa cultivado em pelo menos 01 hemocultura periférica de paciente com cateter vascular central (CVC).

2. Infecção de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial) ou Sepse Clínica: é aquela que preenche um dos seguintes critérios (discutir com médico assistente do recém-nascido):

Critério 1: Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa reconhecida:

- Instabilidade térmica\*,
- Apnéia\*;
- Bradicardia\*;
- Intolerância alimentar\*;
- Piora do desconforto respiratório\*;
- Intolerância à glicose\*;
- Instabilidade hemodinâmica\*,
- Hipoatividade/letargia\*.

E todos os seguintes critérios:

a) Hemograma com 3 parâmetros alterados (vide escore hematológico em anexo) e/ou Proteína C Reativa quantitativa alterada (ver observações abaixo) (RODWELL, 1988; RICHTMANN, 2002);

b) Hemocultura não realizada ou negativa;

c) Ausência de evidência de infecção em outro sítio;

d) Terapia antimicrobiana instituída e mantida pelo médico assistente. Fonte (ANVISA, 2010)

**FICHA 5**

<b>FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR</b>	
<b>Indicador</b>	Densidade de incidência de eventos adversos
<b>Conceituação</b>	Eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. São considerados eventos adversos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Erros de medicação que causaram ou não dano à saúde do paciente</li><li>• Quedas de pacientes</li><li>• Úlceras por pressão</li></ul>
<b>Dimensão da Qualidade</b>	Segurança do paciente
<b>Usos</b>	Avaliar de forma qualitativa a segurança do paciente internado em UTI

<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>NUMERADOR:</b> Somatório de eventos adversos identificados no período <b>DENOMINADOR:</b> Somatório de pacientes internados no período <b>MULTIPLICADOR:</b> 100
<b>Meta</b>	≤ 10%
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal
<b>Unidade de Medida</b>	Unidade
<b>Polaridade</b>	Menor – melhor
<b>Fonte</b>	Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA)

## FICHA 6

<b>FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR</b>	
<b>Indicador</b>	Disponibilidade de leitos pela contratada conforme contrato
<b>Conceituação</b>	A empresa contratada deverá disponibilizar os leitos credenciados para atendimento das demandas assistenciais da SES/DF. O indicador busca avaliar o percentual efetivo de disponibilização dos leitos.
<b>Dimensão da Qualidade</b>	<b>Efetividade / Eficiência</b>
<b>Usos</b>	Avalia a disponibilização de leitos de UTI para as demandas da SES/DF a fim de controlar a oferta real de leitos para atendimento das demandas assistenciais.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>NUMERADOR:</b> Nº Diárias executadas no semestre</p> <p><b>DENOMINADOR:</b> Nº Total de diárias contratadas no semestre</p> <p><b>MULTIPLICADOR:</b> 100</p> <p>Exemplo:</p> <p>Contrato com 10 leitos = 300 diárias por mês</p> <p>Para 6 meses = 1800 diárias</p> <p>Total executado = 500</p> <p>Percentual de disponibilidade = 27%</p>
<b>Meta</b>	≥ 60%
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	<b>Semestral</b>
<b>Unidade de Medida</b>	<b>Percentual</b>
<b>Polaridade</b>	<b>Maior – melhor</b>
<b>Fonte</b>	Planilha de controle de leitos e contrato formalizado

## APÊNDICE IV

## REQUISITOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS E DE AMBIENTAÇÃO

Considerando o disposto na RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e na Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017, quanto aos requisitos mínimos para o funcionamento dos leitos em Unidades de Terapia intensiva, segue a parametrização recomendada nas normativas vigentes:

## UTI NEONATAL

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 930 DE 2012, no qual são definidos os requisitos mínimos para o funcionamento de leitos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, segue a parametrização recomendada:

## RECURSOS MATERIAIS:

Materiais e Equipamentos	Dimensionamento
Kit ("Carrinho") Material e equipamento para reanimação	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Monitor Multiparâmetro	01 (um) para cada leito
Ventilador Pulmonar Mecânico	01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipa (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) círculos
Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria	1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão")	3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada leito
Conjunto de nebulização, em máscara	1 (um) para cada leito
Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório	1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada leito
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga)	01 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade	01 (um) por unidade
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva	**
Oftalmoscópio e otoscópio	No mínimo 02 (dois) de cada por unidade
Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil	01 (um) por unidade
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar	01 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração
Estadiômetro ou fita métrica	01 (um) por unidade
Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo	01 (um) para cada leito
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva	1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessar recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva.
Bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral.	Conforme necessidade da unidade Mínimo de 01 (uma) bandeja para cada procedimento.
Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia:	1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para leitos

Incubadora com parede dupla	1 (um) por paciente, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para r por cento) dos leitos
Balança eletrônica portátil	1 (uma) para cada 10 (dez) leitos
Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências	1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante	1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas:	1 (um) por unidade
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade

#### RECURSOS HUMANOS:

Recursos Humanos	Dimensionamento
Médico Responsável Técnico com certificado de Habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação.	01 (um) para Unidade.
Médico plantonista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fraçã
Médico com jornada horizontal	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fraçã
Enfermeiro coordenador com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal.	01 (um) por Unidade
Enfermeiro assistencial	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fraçã
Fisioterapeuta assistencial	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fraçã
Fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal	01 (um) por Unidade
Fonoaudiólogo	01 (um) disponível por Unidade
Serviço de Limpeza	01 (um) funcionário exclusivo para cada t

#### RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI Neonatal está inserida:

Recursos Assistenciais Obrigatórios
Centro Cirúrgico
Serviço Radiológico Convencional
Serviço de Ecocardiografia
Serviço de Ultrassonografia portátil
Hemogasômetro 24 horas
Banco de Leite Humano ou unidade de coleta

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Neonatal está inserida à beira leito:

Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar
Assistência nutricional
Terapia nutricional (enteral e parenteral)
Assistência farmacêutica
Assistência clínica vascular e cardiovascular
Assistência clínica neurológica
Assistência clínica ortopédica
Assistência clínica urológica
Assistência clínica gastroenterológica
Assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva
Assistência clínica hematológica
Assistência clínica hemoterápica
Assistência clínica oftalmológica
Assistência clínica otorrinolaringológica
Assistência clínica de infectologia
Assistência clínica cirúrgica pediátrica
Assistência psicológica
Assistência endocrinológica
Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria
Serviço de radiografia móvel
Serviço de ultrassonografia portátil
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa
Serviço de fibrobroncoscopia
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica
Serviço de eletroencefalografia
Serviço de assistência social
Cirurgia cardiovascular
Cirurgia vascular
Cirurgia neurológica
Cirurgia ortopédica
Cirurgia urológica
Ressonância magnética
Tomografia computadorizada
Anatomia patológica

**REQUISITOS MÍNIMOS DA CONTRATAÇÃO – AMBIENTAÇÃO (RDC Nº 50)**

**LEITOS DE UTI - TIPO II**

A Unidade de Terapia Intensiva deve estar instalada em local exclusivo e de acesso restrito.
No acesso à unidade, deve dispor de condições adequadas de higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento do dispensador com sabão líquido; suporte com papel toalha; lixeira com saco plástico.
Para cada cinco (5) leitos, deve dispor de condições adequadas para higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento do dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha e lixeira com saco plástico.
Na área coletiva da UTI, a distância entre leito e parede deverá ser de 1 (um) metro (exceto cabeceira); de 2 metros entre leitos, e pé do leito de 1,2 metros, sendo o espaço mínimo de 1,0 m <sup>2</sup> por leito.
Dispor de sala de utilidades, depósito de material de limpeza (DML), depósito de equipamentos e materiais.
Possuir fonte alternativa de energia elétrica em condições adequadas para suprir as áreas críticas, em caso de interrupção do fornecimento pela rede pública.
Cada leito deverá possuir oito (8) tomadas para equipamentos biomédicos, além de acesso à tomada para aparelho de raios x móvel, com distância máxima de 5 (cinco) metros de cada leito.
Deve haver mecanismos de controle integrado de pragas e vetores (ratos escamoteáveis e programa de desinsetização, desratização e descupinização periódica).
Todos os leitos devem ser visualizados do posto de enfermagem ou deve haver equipamentos para monitoração central.

**UTI PEDIÁTRICA**

**RECURSOS MATERIAIS:**

Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

<b>Materiais e Equipamentos</b>	<b>Dimensionamento</b>
Cama Fowler com grades laterais ou Berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízio	01 (um) por leito.
Bandejas para procedimentos de: punção lombar; diálise peritoneal, drenagem torácica em sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC); flebotomia, curativo, cateterismo vesical de demora em sistema fechado.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento
Equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial.	01 (um) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos.
Estetoscópio pediátrico	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Termômetro	01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Conjunto para nebulização infantil	01 (um) por leito.
Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão")	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.
Fita métrica	01 (uma) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Poltrona removível, com revestimento impermeável, destinada ao acompanhante	01 (uma) por leito.
Monitor para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, frequência respiratória), específico para transporte, com bateria.	01 (um) para 10 (dez) leitos.
Berço aquecido de terapia intensiva	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.
Estadiômetro	01 (um) por unidade.
Balança eletrônica para lactentes e criança maiores	01 (um) para cada 10 (dez) leitos
Oftalmoscópio	01 (um) por unidade.
Otoscópio	01 (um) por unidade.
Materiais para drenagem líquídrica em sistema fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de imagens disponível na unidade	01 (um) por unidade.
Máscaras com reservatório, capacetes ou tenda para oxigenoterapia	01 (um) para cada 03 (três) leitos
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Aspirador a vácuo portátil	01 (um) por unidade.
Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/câmla endotraqueal ("cuffômetro")	01 (um) por unidade.
Capnógrafo	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado	01 (um) para cada 02 (dois) leitos. RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos. * Cada equipamento deve dispor de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou 01 (um) conjunto para interface facial para ventilação não-invasiva (máscara) para cada 02 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado poderá realizar a modalidade de ventilação não invasiva.
Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, suporte para cilindro de oxigênio, kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva pediátricos	01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos.
Materiais para drenagem torácica em sistema fechado pediátrico	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento
Materiais para traqueostomia	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Foco cirúrgico portátil	01 (um) por unidade.
Materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC)	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Material para flebotomia	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Materiais para monitorização de pressão venosa central	01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Materiais para punção pericárdica	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto ou fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade

Eletrocardiográfico portátil	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Kit ("carrinho") Material e equipamento para reanimação	01 (um) para cada 05(dez) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 10 leitos.
Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade	01 (um) por unidade.
Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador	01 (um) por unidade.
Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva com mangutinhos neonatal, lactente, pré-escolar, escolar e adulto, frequência respiratória e temperatura.	01 (um) para cada leito.
Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concentrações de oxigênio	01 (um) para cada 02 (leitos)
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.
Materiais para curativos	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva	01 (um) para cada 02 (dois) leitos RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leito
Materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências	
Kits: Os kits para atendimento às emergências, ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/câñulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, câñulas de Guedel e fio guia estéril.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
Cilindro transportável de oxigênio	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Relógio e calendário de parede	Mínimo de 01 (um) por unidade.
Pontos de gás medicinal por leito: 02 pontos de oxigênio; 01 ponto de ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e 01 ponto de vácuo.	Os 04 (quatro) pontos por leito.
Refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.	01 (um) por unidade.

#### RECURSOS HUMANOS:

Recursos Humanos	Dimensionamento
Responsável Técnico Médico com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica	01 (um) para unidade.
Médico plantonista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Médico intensivista rotineiro/diarista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Enfermeiro Coordenador	01 (um) para unidade.
Enfermeiro plantonista (assistencial)	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Técnico de enfermagem	01 (um) para cada 02 (dois) leitos e 01 (um) por unidade para apoio assistencial em cada turno.
Fisioterapeuta Coordenador	01 (um) para unidade.
Fisioterapeuta assistencial	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Auxiliar administrativo	01 (um) exclusivo para unidade.
Serviço de limpeza	01 (um) para unidade por turno.
Farmacêutico clínico	Disponível na unidade hospitalar
Nutricionista	Disponível na unidade hospitalar
Fonoaudiólogo	01 (um) para unidade.
Odontólogo	Disponível na unidade hospitalar
Psicólogo	01 (um) para unidade.
Terapeuta ocupacional	Disponível na unidade hospitalar
Assistente social	Disponível na unidade hospitalar

#### RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI pediátrica está inserida, obrigatoriamente:

### Recursos Assistenciais Obrigatórios

Centro Cirúrgico
Serviço Radiológico Convencional
Serviço de Ecodopplercardiografia
Serviço de Ultrassonografia portátil
Hemogasômetro 24 horas
Serviço de laboratório Clínico, incluindo microbiologia

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - os seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Pediátrica está inserida à beira leito:

### Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar

Terapia Nutricional (enteral e parenteral)
Assistência clínica / cirúrgica vascular
Assistência clínica / cirúrgica cardiovascular
Assistência clínica / cirúrgica neurológica
Assistência clínica / cirúrgica ortopédica
Assistência clínica / cirúrgica urológica
Assistência clínica gastroenterológica
Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise
Assistência clínica hematológica / hemoterápica
Assistência clínica oftalmológica
Assistência clínica / cirúrgica otorrinolaringológica
Assistência clínica de Infectologia
Assistência clínica ginecológica
Assistência clínica cirúrgica geral
Assistência cirúrgica bucomaxilofacial
Serviço de laboratório clínico (microbiologia e hemogasometria)
Serviço de radiologia móvel, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada
Serviço de ultrassonografia portátil
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa
Serviço de fibrobroncoscopia
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica (ME)
Serviço de anatomia patológica

### REQUISITOS MÍNIMOS DA CONTRATAÇÃO – AMBIENTAÇÃO (RDC Nº 50)

#### LEITOS DE UTI - TIPO II

A Unidade de Terapia Intensiva deve estar instalada em local exclusivo e de acesso restrito.
No acesso à unidade, deve dispor de condições adequadas de higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento dispensador com sabão líquido; suporte com papel toalha; lixeira com saco plástico.
Para cada cinco (5) leitos, deve dispor de condições adequadas para higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha e lixeira com saco plástico.
Na área coletiva da UTI, a distância entre leito e parede deverá ser de 1 (um) metro (exceto cabeceira); de 2 metros entre leitos, e pé do leito de 1,2 metros, sendo o espaço mínimo (nove) m <sup>2</sup> por leito.
Dispor de 1 (um) quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI.
Dispor de sala de utilidades, depósito de material de limpeza (DML), depósito de equipamentos e materiais.
Possuir fonte alternativa de energia elétrica em condições adequadas para suprir as áreas críticas, em caso de interrupção do fornecimento pela rede pública.
Cada leito deverá possuir oito (8) tomadas para equipamentos biomédicos, além de acesso à tomada para aparelho de raios x móvel, com distância máxima de 5 (cinco) metros de cada leito.
Deve haver mecanismos de controle integrado de pragas e vetores (ralos escamoteáveis e programa de desinsetização, desratização e descupinização periódica).
Todos os leitos devem ser visualizados do posto de enfermagem ou deve haver equipamentos para monitoração central.

### UTI ADULTO

#### RECURSOS MATERIAIS:

Materiais e Equipamentos	Dimensionamento
Kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, suporte para cilindro de oxigênio	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos.
Monitor Multiparamétrico	01 (um) por leito.
Monitor para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, frequência respiratória), específico para transporte, com bateria.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Cilindro transportável de oxigênio	01 (um) por unidade.
Cama hospitalar com ajustes de posição, grades laterais e rodízios	01 (uma) por leito.
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável para paciente	01 (uma) por leito.
Conjunto padronizado de beira de leito contendo: estetoscópio, fita métrica, termômetro e kit reanimador manual tipo bolsa auto-inflável com máscara e reservatório.	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (dois) leitos.
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos (“Bombas de Infusão”)	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (três) leitos.
Conjunto de nebulização, em máscara	01 (um) para cada leito. RESERVA: 02 para cada 05 (cinco) leitos.
Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concentrações de Oxigênio.	01 (uma) para cada 02 (dois) leitos.
Material para monitorização de pressão venosa central	01 (um) para cada 02 (dois) leitos.
Ventilador Pulmonar mecânico microprocessado*	01 (um) por leito. RESERVA: 01 (um) leitos.
Ventilador mecânico específico para transporte, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.

Equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva (quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de VNI).	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Material, medicamentos e equipamentos para reanimação.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.
Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos. R para cada 10 leitos.
Aspirador à vácuo portátil	01 (um) por unidade.
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado	01 (um) por unidade.
Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/câmla endotraqueal (cuffômetro)	01 (um) por unidade.
Eletrocardiógrafo portátil	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Foco auxiliar portátil	01 (um) por unidade.
Monitor de débito cardíaco	01 (um) por unidade.
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas	01 (um) por unidade.
Ventilômetro	01 (um) por unidade.
Capnógrafo	01 (um) para cada 10 (dez) leitos.
Dispositivo para elevar, transportar e pesar o paciente	01 (um) por unidade.
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de imagens disponível na unidade.	01 (um) por unidade.
Oftalmoscópio e Otoscópio	01 (um) por unidade.
Materiais para punção lombar	Conforme necessidade da unidade. N por unidade.
Materiais para drenagem líquorica em sistema fechado	Conforme necessidade da unidade. N por unidade.
Relógio e calendários de forma a permitir visualização em todos os leitos.	Mínimo de 01 (um) por unidade.
Materiais para drenagem torácica em sistema fechado.	Conforme necessidade da unidade. N por unidades.
Materiais para punção pericárdica.	Conforme necessidade da unidade. N por unidade.
Materiais para traqueostomia.	Conforme necessidade da unidade. N por unidade.
Materiais para acesso venoso central.	Conforme necessidade da unidade. N por unidade.
Kit "carrinho": medicamentos e materiais para atendimento às emergências	01 para cada 05 (cinco) leitos
Kit Curativo: 1 tesoura reta / 1 pinça kelly reta / 1 pinça dente de rato / 1 pinça anatômica.	01 para cada 02 (dois) leitos.
Kit Bandeja Retirada de Ponto: 1 Bandeja, 1 Pinça anatômica dente de rato (14 cm); 1 tesoura iris reta (12 cm).	01 para cada 02 (dois) leitos.
Kit Bandeja Cateterismo Vesical: 1 bandeja, 1 cuba redonda / 1 cuba rim / 1 campo cirúrgico fenestrado 40x40cm / 1 pinça cheron (antisepsia) / 1 pinça reta.	01 para cada 05 (cinco) leitos.

#### RECURSOS HUMANOS:

Recursos Humanos	Dimensionamento
Responsável Técnico Médico Intensivista	01 (um) para unidade.
Médico plantonista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Médico intensivista rotineiro/diarista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Enfermeiro Coordenador	01 (um) para unidade.
Enfermeiro plantonista (assistencial)	01 (um) para cada 08 (oito) leitos em cada turno.
Técnico de enfermagem	01 (um) para cada 02 (dois) leitos e 01 (um) por unidade para apoio assistencial em cada turno.
Fisioterapeuta Coordenador	01 (um) para unidade.
Fisioterapeuta assistencial	01 (um) para cada 10 (dez) leitos em cada turno.
Auxiliar administrativo	01 (um) exclusivo para unidade em cada turno.
Serviço de limpeza	01 (um) para unidade por turno.
Farmacêutico clínico	Disponível na unidade hospitalar
Nutricionista	Disponível na unidade hospitalar
Fonoaudiólogo	Disponível na unidade hospitalar
Odontólogo	Disponível na unidade hospitalar
Psicólogo	Disponível na unidade hospitalar
Terapeuta ocupacional	Disponível na unidade hospitalar
Assistente social	Disponível na unidade hospitalar

#### RECURSOS ASSISTENCIAIS:

Os seguintes serviços devem estar disponíveis na própria estrutura hospitalar na qual a UTI Adulto está inserida, obrigatoriamente:

Recursos Assistenciais Obrigatórios
Centro Cirúrgico
Serviço Radiológico Convencional
Serviço de Ecodopplercardiografia
Serviço de Ultrassonografia portátil
Hemogásômetro 24 horas
Serviço de laboratório Clínico, incluindo microbiologia

Além disso, deve ser garantido acesso - por meios próprios ou terceirizados - os seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos (parecer) no hospital onde a UTI Adulto está inserida à beira leito:

Recursos Assistenciais Acessíveis em Rede ou Assistência Complementar
Terapia Nutricional (enteral e parenteral)
Assistência clínica / cirúrgica vascular
Assistência clínica / cirúrgica cardiovascular
Assistência clínica / cirúrgica neurológica

Assistência clínica / cirúrgica ortopédica
Assistência clínica / cirúrgica urológica
Assistência clínica gastroenterológica
Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise
Assistência clínica hematológica / hemoterápica
Assistência clínica oftalmológica
Assistência clínica / cirúrgica otorrinolaringológica
Assistência clínica de Infectologia
Assistência clínica ginecológica
Assistência clínica cirúrgica geral
Assistência cirúrgica bucomaxilofacial
Serviço de laboratório clínico (microbiologia e hemogasometria)
Serviço de radiologia móvel, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada
Serviço de ultrassonografia portátil
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa
Serviço de fibrobroncoscopia
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica (ME)
Serviço de anatomia patológica

#### REQUISITOS MÍNIMOS DA CONTRATAÇÃO – AMBIENTAÇÃO (RDC Nº 50)

##### LEITOS DE UTI - TIPO II

A Unidade de Terapia Intensiva deve estar instalada em local exclusivo e de acesso restrito.
No acesso à unidade, deve dispor de condições adequadas de higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento dispensador com sabão líquido; suporte com papel toalha; lixeira com saco plástico.
Para cada cinco (5) leitos, deve dispor de condições adequadas para higienização das mãos: pia com torneira ou comando do tipo que dispense o contato das mãos quando do fechamento dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha e lixeira com saco plástico.
Na área coletiva da UTI, a distância entre leito e parede deverá ser de 1 (um) metro (exceto cabeceira); de 2 metros entre leitos, e pé do leito de 1,2 metros, sendo o espaço mínimo (nove) m <sup>2</sup> por leito.
Dispor de 1 (um) quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI.
Dispor de sala de utilidades, depósito de material de limpeza (DML), depósito de equipamentos e materiais.
Possuir fonte alternativa de energia elétrica em condições adequadas para suprir as áreas críticas, em caso de interrupção do fornecimento pela rede pública.
Cada leito deverá possuir oito (8) tomadas para equipamentos biomédicos, além de acesso à tomada para aparelho de raios x móvel, com distância máxima de 5 (cinco) metros de Deva haver mecanismos de controle integrado de pragas e vetores (ralos escamoteáveis e programa de desinsetização, desratização e descupinização periódica).
Todos os leitos devem ser visualizados do posto de enfermagem ou deve haver equipamentos para monitoração central.

#### APÊNDICE V

#### NUTRIÇÃO PARENTERAL

Código BR	Tipo de bolsa
295269	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter ou concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a
295270	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, sem emulsão lipídica e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas entre 1000 a
295269	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. 1000 a 3000 mL.
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter ou – APÊNDICE IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa mL.
295268	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, sem emulsão lipídica de 10 a 20% e podendo conter ou – APÊNDICE IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa mL.
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso adulto, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, 6 conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. 1000 a 3000 mL.
295269	Nutrição parenteral manipulada para uso pediátrico, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso pediátrico, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa
295269	Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com ou sem emulsão lipídica 10 a 20% e podendo conter outros componentes; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsa
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos sem glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, conter outros componentes – APÊNDICE IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500mL.
295267	Nutrição parenteral manipulada para uso neonatal, contendo solução de aminoácidos com glutamina, com emulsão lipídica complexa (contendo ômega 3, conter outros componentes – APÊNDICE IV; concentrações e volumes variados conforme prescrição médica, forma farmacêutica preparação injetável especialmente manipulada. Bolsas até 500mL.

Fonte: SES/SAIS/CATES/DIASF/GAFAE 119148749

#### APÊNDICE VI

## NUTRICIONAL ENTERAL

FÓRMULAS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL ADULTO		
TIPO DE FÓRMULA	DESCRITIVO	A
<b>Padrão adulto</b>	FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: fórmula polimérica, sem adição de sacarose, isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo); sem fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Padrão adulto com fibras</b>	FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose, isento de glúten; com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100ml do produto pronto para consumo); com fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros).	LÍQUID
<b>Padrão adulto com fibras, sistema fechado</b>	FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose, isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100ml do produto pronto para consumo); com fibras; normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro).	LÍQUID (sistem
<b>Hiperclorórica</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten; com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hiperclorórica (densidade energética maior ou igual a 1,5kcal/ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros).	LÍQUID
<b>Hiperclorórica, sistema fechado</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hiperclorórica (densidade energética maior ou igual a 1,5kcal/ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro).	LÍQUID
<b>Hiperprotéico</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: sem adição de sacarose, fibras, arginina e glutamina; isenta de lactose e glúten; com densidade energética a partir de 0,9 kcal por ml e hiperprotéica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitros).	LÍQUID
<b>Hiperprotéico, sistema fechado</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: sem adição de sacarose; isento de glúten, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100ml do produto pronto para consumo); com ou sem fibras, hiperclorórica (densidade energética maior ou igual a 1,2kcal/ml) e hiperprotéica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal). Forma de apresentação: líquida (mililitro).	LÍQUID
<b>Semi-elementar</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes com síndromes disabsortivas. Características Adicionais: fórmula oligomérica, isento de glúten, sem fibras, sem adição de sacarose, isenta de lactose, de densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal/ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida (mililitros).	LÍQUID
<b>Semi-elementar, sistema fechado</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes com distúrbios disabsortivos para administração na modalidade sistema fechado. Características Adicionais: fórmula oligomérica, isento de glúten, sem fibras, sem adição de sacarose, isenta de lactose, de densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal/ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida.	LÍQUID
FÓRMULAS ESPECIALIZADAS ADULTO		
<b>Imunomoduladora</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes imunossuprimidos. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, adicionada de nutrientes imunomoduladores, tais como: arginina e nucleotídeos, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal por ml, hiperprotéica (teor proteico maior ou igual a 20% do valor energético total). Forma de apresentação: pó.	PÓ
<b>Doença inflamatória intestinal</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais em fase ativa. Características Adicionais: fórmula polimérica, isento de lactose, isenta de glúten, com ou sem adição de sacarose, com adição de triglicerídeos de cadeia média, com ou sem fibras, densidade energética maior ou igual a 0,9 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: pó.	PÓ
<b>Nefropatia tratamento Conservador</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: fórmula para pacientes com função renal comprometida, em tratamento conservador. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, densidade energética superior a 1,2 kcal por ml; quantidade de proteína inferior a 10% do valor energético total; teores menores ou iguais a 100mg de sódio e 150mg de potássio por 100kcal do alimento pronto para o consumo. Forma de apresentação: líquida (mililitros).	LÍQUID
<b>Nefropatia dialítico</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para portadores de doença renal crônica em tratamento dialítico. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, densidade calórica maior ou igual a 1,5 kcal por ml e quantidade de proteína maior ou igual a 15% do valor energético total, isento de glúten, teores menores ou iguais a 100mg de sódio, 125mg de potássio e 60mg de fósforo por 100kcal do alimento pronto para o consumo. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Lesão por pressão</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com lesões por pressão ou para cicatrização de feridas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, acrescida de arginina, alto teor de vitamina A (maior ou igual a 60 mcg RE por 100 kcal), vitamina C (maior ou igual a 4,6 mg por 100 kcal), vitamina E (maior ou igual a 1 mg por 100 kcal), zinco ( maior ou igual a 0,7 mg por 100 kcal), cobre (maior ou igual a 90 mcg por 100 kcal) e selênio (maior ou igual a 3,4 mcg por 100 kcal), sem adição de sacarose, sem sabor, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade de proteína maior ou igual a 20% do valor energético total. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Controle glicêmico, sistema fechado</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para indivíduos diabéticos e/ou com difícil controle glicêmico. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, isento de glúten, sem adição de sacarose, acrescida de fibras solúveis isoladas ou associadas a fibras insolúveis, normocalórica (densidade energética entre 0,9 kcal por ml e 1,2 kcal por ml) e normoprotéica (teor proteico maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total - de fonte animal e/ou vegetal), quantidade de carboidratos menor que 50% do valor energético total do produto, com alto teor de gorduras monoinsaturadas - MUFAS (quantidade maior ou igual a 20% do valor energético total do produto). Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
FÓRMULAS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL INFANTIL		
<b>Padrão infantil 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇA DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS. Aplicação âmbito da SES-DF: indicado para lactentes desde o nascimento, com necessidades calórica e proteica aumentadas. Características adicionais: à base de leite de vaca, densidade calórica maior ou igual a 1 kcal por ml. Sem adição de sacarose e isenta de glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Padrão infantil acima de 1 ano</b>	FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para crianças menores de 10 anos de idade em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias. Características Adicionais: fórmula polimérica, isenta de glúten, com quantidade não	PÓ

	significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), com ou sem adição de sacarose, sem fibras, densidade energética maior que 1 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas).	
<b>Padrão infantil acima de 1 ano, sistema fechado</b>	FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL (SISTEMA FECHADO). Aplicação no âmbito da SES/DF: indicada para crianças menores de 10 anos de idade em terapia nutricional enteral via sondas ou ostomias para administração na modalidade sistema fechado. Fórmula polimérica, isenta de glúten, com ou sem adição de açúcar, com quantidade não significativa de lactose (menor que 500mg por 100 ml do alimento pronto para o consumo), densidade energética maior que 1 kcal por ml e proteína maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: líquida (mililitro).	LÍQUID
<b>Semi-elementar 1 a 10 anos</b>	FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças menores de 10 anos de idade com síndromes disabsortivas. Características Adicionais: fórmula hidrolisada (à base de peptídeos), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, isenta de glúten, isenta de lactose, densidade energética maior ou igual a 1 kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Cetogênica</b>	FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças com epilepsia refratária a medicamentos e outras condições que requerem terapia nutricional com dieta cetogênica. Características adicionais: proporção de 4 (quatro) gramas de gorduras para 1 (um) grama de carboidratos e proteínas. Isento de glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>SUPLEMENTOS ORAIS</b>		
<b>Suplemento adulto padrão</b>	FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e/ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, com adição de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética entre 0,9 e 1,5 Kcal por ml e quantidade de proteínas maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Suplemento adulto padrão para controle glicêmico</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para suplementação oral de indivíduos diabéticos quando desnutridos e/ou em risco nutricional. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, isento de glúten, sem adição de sacarose, acrescida de fibras solúveis isoladas ou associadas a fibras insolúveis, densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade carboidratos maior ou igual a 40 por cento e menor ou igual a 65 por cento do valor energético total do produto, contendo carboidrato de lenta absorção, com alto teor de gorduras monoinsaturadas - MUFAS (quantidade maior ou igual a 19% do valor energético total do produto), quantidade de proteína maior ou igual a 10% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Suplemento adulto hipercalórico</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, com sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 1,2 e menor ou igual a 1,9 Kcal por ml, quantidade de proteínas maior ou igual a 10% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Suplemento adulto hipercalórico e hiperproteico sem sabor</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica, com ou sem adição sacarose, com ou sem fibras, isenta de sabor, de densidade energética maior ou igual a 1,2, quantidade de proteínas maior ou igual a 20% do valor energético total do produto. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Suplemento para lesão por pressão</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de pacientes com lesões por pressão ou epidermólise bolhosa congênita. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, acrescida de arginina, alto teor de vitamina A (maior ou igual a 60 mcg RE por 100 kcal), vitamina C (maior ou igual a 4,6 mg por 100 kcal), vitamina E (maior ou igual a 1 mg por 100 kcal), zinco (maior ou igual a 0,7 mg por 100 kcal), cobre (maior ou igual a 90 mcg por 100 kcal) e selênio (maior ou igual a 3,4 mcg por 100 kcal), com ou sem adição de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 0,9 Kcal por ml, quantidade de proteína maior ou igual a 20% do valor energético total, com sabor. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Suplemento adulto hipercalórico e hiperproteico</b>	FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de indivíduos desnutridos ou com necessidades calóricas e proteicas aumentadas. Características Adicionais: adicionado ou não de sacarose, com ou sem fibras, de densidade energética maior ou igual a 1,5 por ml e quantidade de proteína maior ou igual a 20% do valor energético total. Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>Suplemento infantil hipercalórico</b>	FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para suplementação oral de crianças menores de 10 anos de idade desnutridas ou com necessidades calóricas e/ou proteicas aumentadas. Características Adicionais: fórmula polimérica ou oligomérica, isento de glúten, com ou sem fibras, com adição de sacarose, densidade energética maior ou igual a 1,2 kcal por ml e quantidade de proteínas necessárias para atender a faixa etária a qual o produto se destina . Forma de apresentação: líquido (mililitro).	LÍQUID
<b>MÓDULOS DE NUTRIENTES</b>		
<b>Módulo espessante à base amido de milho</b>	ESPESSANTE PARA ALIMENTOS À BASE DE AMIDO DE MILHO MODIFICADO. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para crianças menores de 36 meses com disfagia. Características adicionais: espessante alimentar instantâneo à base de amido de milho modificado. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo espessante à base de gomas</b>	ESPESSANTE PARA ALIMENTOS À BASE DE GOMA(S). Aplicação no âmbito da SES: indicado para pacientes maiores de 36 meses com disfagia. Características adicionais: espessante alimentar instantâneo à base de goma(s), sem adição de outro ingrediente para espessar. Produto final inodoro, insípido, homogêneo. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de lipídeo à base de TCM</b>	MÓDULO DE LIPÍDIOS À BASE DE TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas aumentadas provenientes de lipídeos de fácil absorção. Características Adicionais: acrescida de ácidos graxos essenciais e antioxidantes. Forma de apresentação: líquido (mililitros).	LÍQUID
<b>Módulo de lipídeo à base de TCM SEM AGE</b>	MÓDULO DE LIPÍDIOS À BASE DE TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas aumentadas provenientes de lipídeos de fácil absorção. Características Adicionais: acrescido de antioxidantes e SEM de ácidos graxos essenciais e . Forma de apresentação: líquido (mililitros).	LÍQUID
<b>Módulo de proteínas</b>	MÓDULO DE PROTEÍNAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades protéicas elevadas. Características adicionais: composta por proteína intacta de origem animal e/ou vegetal, que atenda a quantidade de aminoácidos essenciais por grama de proteína conforme valores mínimos estabelecidos à proteína de referência. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de carboidratos</b>	MÓDULO DE CARBOIDRATO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL À BASE DE MALTODEXTRINA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para pacientes com necessidades calóricas elevadas. Características Adicionais: módulo exclusivo de maltodextrina, isento de sabor. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de fibras solúveis e insolúveis</b>	MÓDULO DE FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para regularização do trânsito gastrointestinal. Características Adicionais: composta por fibras solúveis e insolúveis. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de fibras solúveis</b>	MÓDULO DE FIBRAS SOLÚVEIS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL . Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para regularização do trânsito gastrointestinal e/ ou controle glicêmico. Características Adicionais: deverá conter pelo menos um tipo destas fibras (isoladas ou associadas entre si): fruto-oligossacarídeos (FOS) e/ ou inulina e/ ou polidextrose e/ ou pectina. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de glutamina</b>	MÓDULO DE GLUTAMINA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para manutenção da integridade da mucosa intestinal. Características Adicionais: módulo exclusivo de glutamina. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Módulo de probióticos</b>	SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ DE PROBIÓTICOS. Aplicação no âmbito da SES: para melhora do funcionamento do trato gastrointestinal. Características Adicionais: suplementos à base de probióticos, com 4 a 6 cepas probióticas. Forma de Apresentação: pó (sachê).	SACHÊ
<b>FÓRMULAS INFANTIS</b>		
<b>Prematuro</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE ALTO RISCO. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicado para recém-nascidos pré-termo (com menos de 37 semanas de idade gestacional), ou de alto risco que nasce prematuro de muito baixo peso (com menos de 34 semanas de idade gestacional) ou de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 gramas), ou aquele que nasce com ou logo após o nascimento e apresenta doença que necessita de tratamento intensivo. Características Adicionais: à base de leite de vaca, isenta de sacarose e glúten, acrescida de LC-PUFAS. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula láctea até 6 meses</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento até o sexto mês de vida. Características Adicionais: à base de leite de vaca com outros ingredientes comprovadamente adequados para alimentação de	PÓ

	lactentes até o sexto mês de vida, contendo DHA e/ou ARA, sem indicações dietoterápicas específicas. Forma de apresentação: pó (gramas).	
<b>Fórmula láctea após 6 meses</b>	FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação: indicada para lactentes maiores de 6 meses. Características Adicionais: à base de leite de vaca com outros ingredientes comprovadamente adequados para alimentação de lactentes a partir do sexto mês de vida, contendo DHA e/ou ARA, sem indicações dietoterápicas específicas. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula de soja após 6 meses</b>	FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE SOJA. Aplicação: indicada para lactentes maiores de 6 meses de idade, com intolerância/alergia ao leite de vaca ou erros inatos do metabolismo. Características Adicionais: fonte proteica proveniente da soja, sem adição de sacarose e isento glúten. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula para constipação de 0 a 6 meses</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes de 0 a 6 meses que necessitem de fibras prebióticas para um melhor funcionamento intestinal. Características Adicionais: isenta de sacarose e glúten, acrescida de prebióticos (frutooligossacarídeos -FOS e galactooligossacarídeos - GOS). Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula para constipação acima de 6 meses</b>	FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes maiores de 6 meses de idade que necessitem de fibras prebióticas para um melhor funcionamento intestinal. Características Adicionais: isenta de sacarose e glúten, acrescida de prebióticos (frutooligossacarídeos -FOS e galactooligossacarídeos - GOS). Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Anti-regurgitação</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES À BASE DE LEITE DE VACA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes de 0 a 12 meses, para reduzir episódios de regurgitação. Características Adicionais: com amido pré-gelatinizado ou gomas, isenta de sacarose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Semi-elementar com lactose</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia alimentar ao leite de vaca e/ou leite de soja e que não apresentem sintomatologia gastrointestinal. Características Adicionais: à base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, sem adição de sacarose e frutose, isenta de glúten, com ou sem adição de prebióticos e com lactose. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Semi-elementar sem lactose</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia alimentar ao leite de vaca e/ou leite de soja. Características Adicionais: à base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, sem adição de sacarose e frutose, isenta de glúten, com ou sem adição de prebióticos e isenta de lactose. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Elementar</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES. Aplicação no âmbito da SES: indicada para lactentes desde o nascimento, com alergia ao leite de vaca e/ou leite de soja. Características Adicionais: fórmula à base de aminoácidos livres, sem adição de sacarose, isento de lactose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula de nutrientes para neonatos</b>	FÓRMULA DE NUTRIENTES PARA RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO. Aplicação: indicada à suplementação nutricional de recém-nascidos de alto risco. Características Adicionais: composta de maltodextrina, gorduras, proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada, vitaminas e minerais, isenta de sacarose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fórmula láctea sem lactose</b>	FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE. Aplicação no âmbito da SES-DF: indicada para lactentes de 0 a 12 meses, com intolerância à lactose. Características: à base de leite de vaca, isenta de sacarose, lactose e glúten. Forma de apresentação: pó (gramas).	PÓ

#### FÓRMULAS DIETOTERÁPICAS PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO

<b>Fenilcetonúria de 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE FENILCETONÚRIA COM RESTRIÇÃO DE FENILALANINA. Aplicação no âmbito da SES/DF: Indicada para lactentes de 0 a 1 ano de idade portadores de fenilcetonúria, Características Adicionais: isento de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, carboidratos, vitaminas, minerais e oligoelementos. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fenilcetonúria acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE FENILCETONÚRIA COM RESTRIÇÃO DE FENILALANINA. Aplicação no âmbito da SES/DF: Indicada: para crianças de 1 a 8 anos de idade portadoras de fenilcetonúria, Características Adicionais: isento de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, carboidratos, vitaminas, minerais e oligoelementos. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Fenilcetonúria adolescentes e adultos</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE FENILCETONÚRIA COM RESTRIÇÃO DE FENILALANINA. Aplicação no âmbito da SES/DF: Indicada para crianças a partir de 8 anos de idade, adolescentes e adultos portadores de fenilcetonúria, Características Adicionais: isenta de fenilalanina e lipídios, contendo uma mistura de aminoácidos, vitaminas, minerais e oligoelementos. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Acidemia metilmalônica ou propiônica 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE ACIDEMIAS ORGÂNICAS (METILMALÔNICA OU PROPIÔNICA) COM RESTRIÇÃO DE METIONINA, TREONINA, VALINA E RESTRIÇÃO/BAIXO TEOR DE ISOLEUCINA. Aplicação no âmbito da SES: indicado para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de acidemias orgânicas (metilmalônica ou propiônica). Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina, treonina, valina e com baixo teor de isoleucina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Acidemia metilmalônica ou propiônica acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE ACIDEMIAS ORGÂNICAS (METILMALÔNICA OU PROPIÔNICA) COM RESTRIÇÃO DE METIONINA, TREONINA, VALINA E RESTRIÇÃO/BAIXO TEOR DE ISOLEUCINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de acidemias orgânicas (metilmalônica ou propiônica). Características Adicionais: Mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina, treonina, valina e com baixo teor de isoleucina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Tirosinemia 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE TIROSINEMIA COM RESTRIÇÃO DE FENILALANINA E TIROSINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de tirosinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de fenilalanina e tirosina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Tirosinemia acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE TIROSINEMIA COM RESTRIÇÃO DE FENILALANINA E TIROSINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de tirosinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de fenilalanina e tirosina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Leucinose 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE LEUCINOSE (DOENÇA DO XAROPE DE BORDO NA URINA) COM RESTRIÇÃO DE LEUCINA, ISOLEUCINA E VALINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de leucinose (Doença do Xarope de Bordo na urina). Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina, isoleucina e valina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Leucinose acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE LEUCINOSE (DOENÇA DO XAROPE DE BORDO NA URINA) COM RESTRIÇÃO DE LEUCINA, ISOLEUCINA E VALINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de leucinose (Doença do Xarope de Bordo na urina). Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina, isoleucina e valina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Homocistinúria 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE HOMOCISTINÚRIA COM RESTRIÇÃO DE METIONINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de homocistinúria. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Homocistinúria acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE HOMOCISTINÚRIA COM RESTRIÇÃO DE METIONINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de homocistinúria. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de metionina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Distúrbio do ciclo da ureia 0 a 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE DISTÚRBIOS DO CICLO DA UREIA COM RESTRIÇÃO DE AMINOÁCIDOS NÃO ESSENCIAIS. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de distúrbios do ciclo da ureia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
<b>Distúrbio do ciclo da ureia acima de 1 ano</b>	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE DISTÚRBIOS DO CICLO DA UREIA COM RESTRIÇÃO DE AMINOÁCIDOS NÃO ESSENCIAIS. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de distúrbios do ciclo da ureia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ

Hiperleucinemia 0 a 1 ano	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE HIPERLEUCINEMIA COM RESTRIÇÃO DE LEUCINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de hiperleucinemia. Características adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
Hiperleucinemia acima de 1 ano	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE HIPERLEUCINEMIA COM RESTRIÇÃO DE LEUCINA. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de hiperleucinemia. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de leucina. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
Acidúria Glutárica 0 a 1 ano	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE ACIDÚRIA GLUTÁRICA COM RESTRIÇÃO DE LISINA E RESTRIÇÃO/BAIXO TEOR DE TRIPTOFANO. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças de 0 a 1 ano de idade, portadoras de acidúria glutárica. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de lisina e baixo teor de triptofano. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ
Acidúria Glutárica acima de 1 ano	FÓRMULA DIETOTERÁPICA PARA PORTADORES DE ACIDÚRIA GLUTÁRICA COM RESTRIÇÃO DE LISINA E RESTRIÇÃO/BAIXO TEOR DE TRIPTOFANO. Aplicação no âmbito da SES: indicada para crianças maiores de 1 ano de idade, portadoras de acidúria glutárica. Características Adicionais: mistura de aminoácidos essenciais isenta de lisina e baixo teor de triptofano. Forma de Apresentação: pó (gramas).	PÓ

Fonte: SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT 166054889

#### EQUIPOS E FRASCOS UTILIZADOS PARA INFUSÃO DAS DIETAS ENTERAIS

PRODUTO	DESCRITIVO
Equipo para Nutrição Enteral Tipo Gravitacional, sistema aberto	Equipo para nutrição enteral do tipo gravitacional. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás translúcido, de comprimento n Características: Estéril, ariogênico, flexível, atóxico, com ponta perfurante que facilite a introdução em recipiente de soluções desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com filtro de ar, com câmara gotejadora transparente que não permit suas junções, com regulador de fluxo tipo rolete que 270,9garanta perfeito controle de gotejamento com suavidade, com term escalonado que permita perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual abertura técnica asséptica.
Equipo para Nutrição Enteral Tipo Gravitacional, sistema fechado	Equipo para nutrição enteral do tipo gravitacional, dupla-via, para administração de água e nutrição enteral em sistema fechad atóxico, de cor azul ou lilás, translúcido, de comprimento mínimo de 120cm. Características: Estéril, ariogênico, flexível, atóxic compatível com a dieta em sistema fechado e outra ponta que possibilite a conexão no recipiente de água, sem risco de desco uso, com protetor adequado, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com regulad rolete que garanta perfeito controle de gotejamento com suavidade, com terminal distal do tipo escalonado que permita perfe sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica.
Equipo para Bomba de Infusão, sistema aberto	Equipo para administração de dieta por via enteral, compatível com as bombas de infusão utilizadas na SES-DF e de acordo con Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás translúcido. Características: estéril, ariogênico, flexível, atóxico, com ponta perfu introdução em recipiente de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor adequado, com filtro de ar, cc gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com terminal distal do tipo escalonado que permita pe sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura técnica asséptica.
Equipo para Bomba de Infusão, sistema fechado	Equipo para administração de dieta por via enteral em sistema fechado, compatível com as bombas de infusão utilizadas na SE fechado e legislação vigente. Material em PVC, atóxico, de cor azul ou lilás, translúcido. Características: estéril, ariogênico, fle ponta perfurante que facilite a introdução em recipiente de soluções sem risco de desconectar durante o seu uso, com protetor filtro de ar, com câmara gotejadora transparente que não permita vazamento em suas junções, com terminal distal do tipo esc perfeita adaptação à sonda de nutrição, com tampa protetora de fácil remoção. Embalagem individual, que permita a abertura
Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 100 ml	Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, in Tamanho/Capacidade de 100 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permit lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.
Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 300 ml	Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, in Tamanho/Capacidade de 300 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permit lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.
Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral de 500 ml	Frasco para acondicionamento e administração de nutrição enteral, de material plástico resistente, livre de BPA, translúcido, in Tamanho/Capacidade de 500 ml, de uso único, com dispositivo em alça na base, com tampa rosqueável de forma a não permit lacre, embalado individualmente em saco plástico descartável e graduado.

Fonte: SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT 166054889

#### APÊNDICE VII

#### EXAMES COMPLEMENTARES PADRONIZADOS NA SES/DF

PATOLOGIA CLÍNICA		
BIOQUÍMICA		
Tabela AMB92	Código SIGTAP	EXAME
	02.02.01.053-8	LACTATO
	02.02.01.002-3	CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO TOTAL NO SORO, PLASMA E SANGUE TOTAL.
	02.02.01.063-5	SÓDIO EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA
	02.02.01.060-0	POTÁSSIO E CLORETOES EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA
	02.02.01.055-4	LIPASE.
	02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA.
	02.02.01.039-2	FERRO SÉRICO TOTAL.
	02.02.01.043-0	FÓSFORO
	02.02.01.046-5	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE.
	02.02.01.061-9	PROTEÍNAS TOTAIS
	02.02.05.009-2	ALBUMINA
	02.02.01.062-7	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
	02.02.01.047-3	GLICOSE ENZIMÁTICA
	02.02.01.069-4	URÉIA ENZIMÁTICA
	02.02.01.064-3	TGO CINÉTICO
	02.02.01.065-1	TGP CINÉTICO
	02.02.01.018-0	AMILASE CINÉTICO
	02.02.01.031-7	CREATININA
	02.02.01.032-5	CK

	02.02.01.033-3	CK MB
	02.02.01.036-8	LDH
	02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL
	02.02.01.020-1	BILIRRUBINA DIRETA
	02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
	02.02.01.021-0	CÁLCIO
	02.02.01.056-2	MAGNÉSIO
	02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA
	02.02.01.012-0	ÁCIDO ÚRICO
	02.02.01.029-5	COLESTEROL TOTAL
	02.02.01.027-9	COLESTEROL HDL
	02.02.01.028-7	COLESTEROL LDL
	02.02.01.028-7	COLESTEROL VLDL
	02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS
	02.02.01.029-5	LIPIDOGRAMA
	02.02.03.008-3	PCR
	02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICADA
	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA VARIANTES
	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS
28010060		ÁCIDO FÓLICO
-	-	HOMOCISTEÍNA SÉRICA
	02.02.01.070-8	VITAMINA B12 SÉRICA

#### GASOMETRIA

02.02.01.073-2	Gasometria arterial (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , excesso base, satO <sub>2</sub> )
-	Gasometria arterial e lactato (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , excesso base, satO <sub>2</sub> e lactato)
-	Gasometria arterial completa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , excesso base, satO <sub>2</sub> ; hemoglobina; hematócrito; sódio; potássio; cálcio iônico, glicose e lactato)
02.02.01.073-2	Gasometria venosa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , excesso base, satO <sub>2</sub> )

#### HORMÔNIOS/IMUNOLOGIA

	02.02.03.062-8	TIREOGLOBULINA
	02.02.03.010-5	PSA LIVRE
	02.02.03.062-8	ANTICORPO ANTITIREOGLOBULINA, ANTI-Tg
	02.02.01.076-7	VITAMINA D (25-HIDROXI VITAMINA D)
	02.02.01.038-4	FERRITINA
28050223		SULFATO DE HIDROANPIANDROSTERONA (S-DEA)
	02.02.06.027-6	PARATORMONIO
		ANTICORPOS ANTIPEROXIDASE TIREOIDIANA, ANTI-TPO
31120490		CA 19.9
	02.02.06.025-0	TSH
	02.02.06.023-3	FSH
	02.02.06.024-1	LH
	02.02.06.016-0	ESTRADIOL
	02.02.06.029-2	PROGESTERONA
	02.02.06.030-6	PROLACTINA
	02.02.06.034-9	TESTOSTERONA
	02.02.06.013-6	CORTISOL
	02.02.06.021-7	BETA-HCG
	02.02.03.010-5	PSA
	02.02.03.096-2	CEA
	02.02.03.009-1	ALFA-FETO PROTEINA
31120490		CA 15.3
	02.02.03.121-7	CA 125
	02.02.06.026-8	INSULINA
	02.02.06.038-1	T4 LIVRE
	02.02.03.076-8	TOXOPLASMOSE IGG
	02.02.03.087-3	TOXOPLASMOSE IGM
	02.02.03.074-1	CITOMEGALOVIRUS IGG
	02.02.03.085-7	CITOMEGALOVIRUS IGM
	02.02.03.016-4	IGE TOTAL
	02.02.03.047-4	ASLO, AEO, ASO
	02.02.03.007-5	FATOR REUMATOIDE
	02.02.03.012-1	C3
	02.02.03.013-0	C4
	02.02.03.015-6	IGA
	02.02.03.016-4	IGE
	02.02.03.025-3	IGG
	02.02.03.018-0	IGM
	02.02.01.016-3	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDO
	02.02.06.022-5	GH
	02.02.06.032-2	SOMATOMEDINA C (IGF-1)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. JO-1)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. SCL-70)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SM)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSA)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSB)
28060059		REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-RNP)

		CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ANA (FAN)
28060040		CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-DNA
<b>MARCADORES CARDÍACOS</b>		
	02.02.03.120-9	TROPONINA
	02.02.01.033-3	CKMB MASSA
		MIOGLOBINA
		PRO BNP
		PROCALCITONINA
<b>MICROBIOLOGIA</b>		
	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA
	02.02.08.008-0	CULTURA EM GERAL
	02.02.08.008-0	UROCULTURA
	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA
		PESQUISA PARA ESTREPTOCOCOS GRUPO B (S. AGALACTIAE)
		PESQUISA VRE
		PESQUISA MRSA
		PESQUISA BACILOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES AOS CARBAPENÊMICOS (KPC)
	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA (BAAR) TB
	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA (BAAR) HANSENÍASE
	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)
<b>HEMATOLOGIA</b>		
	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO
	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICOLÓCITOS
	02.02.02.014-2	TAP
	02.02.02.013-4	TTPA
		D DÍMERO
	02.02.02.029-0	FIBRINOGÊNIO
	02.02.02.015-0	VHS
<b>PARASITOLOGIA</b>		
	02.02.04.012-7	EPF
	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO
<b>URINÁLISE</b>		
	02.02.05.001-7	EAS
<b>TESTES RÁPIDOS/EXAMES MANUAIS</b>		
	02.14.01.012-0	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM
	02.14.01.012-0	TESTE RÁPIDO DENGUE NS1
		TESTE RÁPIDO ANTÍGENO COVID-19
	02.14.01.006-6	TESTE DE GRAVIDEZ
		TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS (TREPONÊMICO)
	02.02.03.111-0	VDRL (NÃO TREPONÊMICO)
<b>EXAME DE PCR - POLIMERASE CHAIN REACTION</b>		
		CHIKUNGUNYA - PCR
		CITOMEGALOVÍRUS - PCR (CARGA VIRAL) qualitativo
		CITOMEGALOVÍRUS - PCR (CARGA VIRAL) quantitativo
		CORONAVÍRUS - RT-PCR
		DENGUE - PCR (PESQUISA DE ARBOVÍRUS)
		ZIKA VÍRUS - PCR
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>		
	02.03.01.008-6	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO
	02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)
	02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA
	02.03.02.002-2	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA
	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA
	02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA
	02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA
	02.03.02.003-0	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)
	02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2
	02.03.02.001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONALIS
	02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
<b>RADIOLOGIA</b>		
<b>ULTRASSONOGRAFIA E DOPPLER</b>		
	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR
	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL
	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ANTEBRACO
	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO
	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO
	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DAS AXILAS (BILATERAL)
	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA BACIA
	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL
	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO BRAÇO

02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO CALCANEU
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA CERVICA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO COTOVELO
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA COXA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO DEDO
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLANDULAS PAROTIDAS
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLANDULAS SUBMANDIBULARES
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOCO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA MAO
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA PANTURRILHA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA PAREDE ABDOMINAL
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO PE
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA Perna
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DO PESCOCO
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO PUNHO
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO QUADRIL
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO GLUTEA
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO INGUINAL
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO LOMBAR
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIAO PUBIANA
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA RENAL
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO TENDAO DE AQUILES
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS RENAS
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA AORTA ABDOMINAL
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS, VERTEBRAIS E JUGULARES
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA BOLSA ESCROTAL
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE REGIÃO CERVICAL
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA PELVE
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DOS TESTICULOS
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA TIREOIDE

#### RADIOGRAFIA CONVENCIONAL

02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BIPERFIL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRZ)
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADIA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BIPERFIL
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + OBLIGUA / BRETON + HIRZ)
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL)
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEADOS (BIPERFIL)
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+ OBLIQUA)
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN +FN + PERFIL)
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFIL + HIRZ)
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (AP + PERFIL + TOWNE)
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCCLUSAL
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA (MANDIBULA)
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL)
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (TO)
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + OBLIQUAS)
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + TO + OBLIQUAS)
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL + TO / FLEXAO)
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA

	02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + PERfil)
	02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + PERfil + OBLÍQUAS)
	02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA
	02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
	02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA
	02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + PERfil)
	02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA
	02.04.03.001-3	BRONCOGRAFIA UNIPERfil
	02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE
	02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + PERfil + OBLÍQUA)
	02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + PERfil)
	02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX ESQUERDO)
	02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX DIREITO)
	02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO/ESOFAGOGRAMA
	02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (PERfil/OBLÍQUAS)
	02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)
	02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + PERfil)
	02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERfil + OBLÍQUA)
	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil E ÁPICO LORDÓTICA)
	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)
	02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)
	02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERfil)
	02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO
	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP + PERfil)
	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP + PERfil)
	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP + PERfil + OBLÍQUAS)
	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP + PERfil + OBLÍQUAS)
	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO
	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - DIREITO
	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDA
	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITA
	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITA
	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDA
	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUERDO (OBLÍQUAS)
	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (OBLÍQUAS)
	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUERDO (AP + PERfil)
	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (AP + PERfil)
	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - DIREITA (ZANCA)
	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - DIREITA - (AP)
	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (ZANCA)
	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (AP)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AP + PERfil)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (OBLÍQUAS)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (OBLÍQUAS)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AP + PERfil)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AXIAL)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AXIAL)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (COYLE)
	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (COYLE)
	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (PA + PERfil)
	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (OBLÍQUAS)
	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (PA + PERfil)
	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (OBLÍQUAS)
	02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA + OBLÍQUA + PERfil)
	02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA + OBLÍQUA + PERfil)
	02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA E OBLÍQUA)
	02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA E OBLÍQUA)
	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. + PERfil AXILAR + PERfil ESCAPULAR)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. + ROT. INERNA + ROT. EXTERNA)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERDADEIRO)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. + PERfil AXILAR + PERfil ESCAPULAR)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. + ROT. INERNA + ROT. EXTERNA)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERDADEIRO)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - DIREITO (AP VERDADEIRO)
	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - ESQUERDO (AP VERDADEIRO)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA + PERfil + OBLÍQUAS)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA + PERfil + OBLÍQUAS)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA + PERfil)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA + PERfil)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (TANGENCIAL)
	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (TANGENCIAL)

02.04.05.001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE
02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA
02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA
02.04.05.006-5	FISTULOGRAFIA
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA
02.04.05.007-3	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA
02.04.05.008-1	PIELOGRAFIA ASCENDENTE
02.04.05.009-0	PLANIGRAFIA DE RIM COM CONTRASTE
02.04.05.010-3	PLANIGRAFIA DE RIM SEM CONTRASTE
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+PERFIL)
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL
02.04.05.018-9	UROGRAFIA EXCRETORA
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (ESQUERDA)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (DIREITA)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (ALAR E OBTURATRIZ)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (ALAR E OBTURATRIZ)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (PERFIL DE LEQUESNE)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (PERFIL DE LEQUESNE)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (DUCROQUET)
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (DUCROQUET)
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP LAWENSTEIN / RÃ)
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP INLET E OUTLET)
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP)
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILLIACA
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP + PERFIL)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (OBLIQUAS)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP + PERFIL)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (OBLIQUAS)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSAO)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSAO)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO BILATERAL COM CARGA (COMPARATIVO)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN)
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN)
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEU - DIREITO (PERFIL + AXIAL)
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEU - ESQUERDO (PERFIL + AXIAL)
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEU - ESQUERDO (OBLÍQUA)
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEU - DIREITO (OBLÍQUA)
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - ESQUERDO (AP + PERFIL)
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - DIREITO (AP + PERFIL)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHOS - BILATERAL (AP COM CARGA)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHOS - (AP COM CARGA MONOPODÁLICO)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (AP + PERFIL)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (AP + PERFIL)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (OBLIQUAS)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (OBLIQUAS)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (TÚNEL)
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (TÚNEL)
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PATELA DIREITO (AP + PERFIL + AXIAL)
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PATELA ESQUERDO (AP + PERFIL + AXIAL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AP + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (OBLÍQUA)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (OBLÍQUA)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AP + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO COM CARGA (AP + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO COM CARGA (AP + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AXIAL DE SESAMÓIDE)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AXIAL DE SESAMÓIDE)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (PA + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (OBLIQUAS)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (PA + PERFIL)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (OBLIQUAS)
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE Perna - ESQUERDA (AP + PERFIL)
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE Perna - DIREITA (OBLIQUAS)
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE Perna - ESQUERDA (OBLIQUAS)
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE Perna - DIREITA (AP + PERFIL)
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA BIPERFIL
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNIPERFIL – ESQUERDA
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNIPERFIL – DIREITA
02.04.03.004-8	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPABEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BIPERFIL PARA RASTREAMENTO
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)

02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA
<b>TOMOGRAFIA/ ANGiotomografia</b>	
02.06.03.001-0	ANGIOTOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR
02.06.03.001-0	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA ABDOMINAL E DOS SEUS RAMOS
02.06.02.003-1	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA TORÁCICA
02.06.01.005-2	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTERIAS CAROTIDAS E VERTEBRAIS
02.06.02.003-1	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONARIAS
02.06.03.001-0	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS RENAS
02.06.01.007-9	ANGIOTOMOGRAFIA DO CRANIO
02.06.02.002-3	ANGIOTOMOGRAFIA DOS MEMBROS INFERIORES
02.06.02.002-3	ANGIOTOMOGRAFIA DOS MEMBROS SUPERIORES
02.06.03.003-7	ANGIOTOMOGRAFIA DA PELVE
02.06.01.005-2	ANGIOTOMOGRAFIA DO PESCOCO
02.06.02.003-1	ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR
02.06.03.001-0	ANGIOTOMOGRAFIA DO SISTEMA PORTA (VASOS HEPÁTICOS)
02.06.02.003-1	ANGIOTOMOGRAFIA DO TORAX
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CAVUM
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA SACROCOCCIGEA
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARINGE
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA LARINGE
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS FOSSAS NASAIS
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ESCAPULA/REGIAO ESCAPULAR
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO BRACO
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ANTEBRACO
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MAO
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUIRODACTILO/DEDO DA MAO
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PAREDE TORACICA
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES ESTERNOCLAVICULARES
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ESTERNO
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CLAVICULA
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARCOS COSTAIS/COSTELAS
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO GLUTEA
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO PUBIANA/SINFISE PUBICA
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME INFERIOR
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES SACROILIACAS
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL/ARTICULACAO COXOFEMORAL
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA Perna
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNozelo/RETROPE/CALCANEO
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PE
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PODODACTILO/DEDO DO PE
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ÓRBITAS
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MANDIBULA
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MASTOIDE/OUVIDO
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA
02.06.01.004-4	DACRIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
02.06.01.004-4	SIALOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
02.06.02.002-3	ARTROTOMOGRAFIA POR SEGMENTO
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTERIAS CORONARIAS
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>	
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DO ABDOME SUPERIOR
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DA AORTA TORACICA
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DE CRANIO
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANIA MAGNETICA DA PELVE

02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANCA MAGNETICA DE PESOCO
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANCA MAGNETICA PULMONAR
02.07.01.001-3	ANGIO RESSONANCA MAGNETICA DE TORAX
02.07.01.001-3	ARTRO RESSONANCA MAGNETICA
02.07.03.004-9	COLANGIORESSONANCA MAGNETICA
02.07.03.004-9	RESSONANCA MAGNETICA DE VIAS BILIARES
02.07.03.001-4	RESSONANCA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE ANTEBRACO
02.07.01.002-1	RESSONANCA MAGNETICA DA ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE AXILA
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA DA BACIA
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA PELVE/ABDOME INFERIOR
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DA BASE DO CRANIO
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTALE
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE BRACO
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DO CALCANEO
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA DO CANAL RETAL
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DA CLAVICULA
02.07.01.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DO PESOCO
02.07.01.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL
02.07.01.005-6	RESSONANCA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA
02.07.01.005-6	RESSONANCA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL
02.07.01.004-8	RESSONANCA MAGNETICA DE COLUNA LOMBOSSACRA
02.07.02.001-9	RESSONANCA MAGNETICA DE CORACAO/AORTA C/ CINE
02.07.02.001-9	RESSONANCA MAGNETICA DE CORACAO
02.07.02.001-9	RESSONANCA MAGNETICA DA AORTA TORACICA
02.07.02.001-9	RESSONANCA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL
02.07.02.003-5	RESSONANCA MAGNETICA DE COSTELAS
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE COTOVELO
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE COXA
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DA ARTICULACAO COXOFEMURAL
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DO QUADRIL
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA CRANIO
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE DEDO DA MAO/QUIRODACTILO
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE DEDO DO PE/PODODACTILO
02.07.02.003-5	RESSONANCA MAGNETICA DA ESCAPULA
02.07.02.003-5	RESSONANCA MAGNETICA DO ESTERNO
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DA FACE
02.07.01.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE FARINGE
02.07.03.001-4	RESSONANCA MAGNETICA FETAL (ABDOME SUPERIOR E PELVE)
02.07.03.002-2	
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DAS FOSSAS NASAIS
02.07.01.007-2	RESSONANCA MAGNETICA DE SELA TURCICA
02.07.01.007-2	RESSONANCA MAGNETICA DA HIPOFISE
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE JOELHO
02.07.01.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE LARINGE
02.07.02.003-5	RESSONANCA MAGNETICA MAMARIA UNI/BILATERAL
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DA MANDIBULA
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DA MAO
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DA MASTOIDES
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DA MAXILA
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DO OMBRO
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DE ORBITAS
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DOS OSSOS TEMPORAIS
02.07.01.006-4	RESSONANCA MAGNETICA DO OUVIDO
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DO PE
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA DA PELVE
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA PENIANA
02.07.03.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DA Perna
02.07.01.003-0	RESSONANCA MAGNETICA DO PESOCO
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL
02.07.03.002-2	RESSONANCA MAGNETICA DA PROSTATA
02.07.02.002-7	RESSONANCA MAGNETICA DO PUNHO
02.07.02.003-5	RESSONANCA MAGNETICA DE TORAX

#### EXAMES COMPLEMENTARES POR ENDOSCOPIA

CÓDIGO SIGTAP	EXAME
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) C/ OU S/ LAVADO BRÔNQUICO
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA DIAGNÓSTICA (CPRE)
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDESCOPIA
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
-	NASOFIBROLARINGOSCOPIA
-	VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO

#### EXAMES COMPLEMENTARES DE ELETROFISIOLOGIA

CÓDIGO SIGTAP	EXAME
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVAÇÕES
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTÂNEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)
02.11.05.005-9 -	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)
05.01.06.004-9	ELETROENCEFALOGRAMA P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA
02.11.05.015-6	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO (NO MÍNIMO 2 HORAS DE REGISTRO)
02.11.05.008-3	ELETRONEUROGRAMA (ENMG)

**EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS POR ESPECIALISTAS**

CÓDIGO SIGTAP	EXAME
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR
02.11.07.042-4	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)
-	PESQUISA DE POTENCIAIS AUDITIVOS
-	AUDIOMETRIA

**EXAMES PADRONIZADOS NA SES/ DF - LACEN**

TABELA AMB 92	CÓDIGO SIGTAP	EXAME
		ASPERGILOSE, SOROLOGIA PARA GALACTOMANANA
		BRUCELOSE POR HEMOAGLUTINAÇÃO
		CEPA, CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS
		CHIKUNGUNYA – PCR
		CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA ( IgG)
021401013-9	CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA (IgM )	
		CITOMEGALOVÍRUS – PCR (CARGA VIRAL)
		CRİPTOCOCCUS, TESTE RÁPIDO
		CORONAVIRUS - RT-PCR
020208011-0	CULTURA PARA BAAR – TUBERCULOSE	
		DENGUE - PCR (PESQUISA DE ARBOVÍRUS)
021401012-0	DENGUE – SOROLOGIA (IgM)	
020207005-8	DOSAGEM SÉRICA DE ÁCIDO VALPRÓICO	
020207015-8	DOSAGEM SÉRICA DE CARBAMAZEPINA	
020207018-2	DOSAGEM SÉRICA DE CICLOSPORINA	
020201030-9	DOSAGEM SÉRICA DE COLINESTERASE PLASMÁTICA	
020207022-0	DOSAGEM SÉRICA DE FENITOÍNA	
28010760	DOSAGEM SÉRICA DE FENOBARBITAL	
020207029-8	DOSAGEM SÉRICA DE METOTREXATO	
020203132-2	DOSAGEM SÉRICA DE SIROLIMO	
050108005-8	DOSAGEM SÉRICA DE TACROLIMO	
021301062-3	FEBRE AMARELA – SOROLOGIA (IgM)	
	HANTAVIROSE - SOROLOGIA (IgM E IgG)	
021301054-2	HCV GENOTIPAGEM	
021301020-8	HEPATITE B – PCR (CARGA VIRAL)	
020203108-0	HEPATITE C – PCR (CARGA VIRAL)	
	HISTOPLASMOSE, SOROLOGIA	

		HIV – CONTAGEM DE CÉLULAS CD3+, CD4+, CD8+ e CD45+ (CITOMETRIA DE FLUXO)
	021301001-1	HIV – PCR (CARGA VIRAL)
	020203124-1	HIV, GENOTIPAGEN
		INFLUENZA A - PCR Influenza A e B, H1N1, Vírus Respiratório Sincicial, Metapneumovírus, Adenovírus, Parainfluenza 1,2,3.
		LEISHMANIOSE IFI
	021301002-0	LEPTOSPIROSE, PESQUISA
		MAYARO – SOROLOGIA (IgM)
		NEUROCISTICERCOSE
	020203070-9	PARACOCCIDIOIDOMICOSE, SOROLOGIA
	021301056-9	PAROVÍRUS - SOROLOGIA (IgG)
	021301060-7	PAROVÍRUS - SOROLOGIA (IgM)
	020204013-5	ROTAVÍRUS – PESQUISA DE ANTÍGENO NAS FEZES
	020203081-4	RUBÉOLA IGG
	020203092-0	RUBÉOLA IGM
	021301058-5	SARAMPO - SOROLOGIA (IgG)
	021301061-5	SARAMPO - SOROLOGIA (IgM)
	020102006-8	TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B*5701
		TUBERCULOSE GENEXPERT
		ZIKA VÍRUS – PCR
	021401011-2	ZIKA VÍRUS IGG E IGM

## APÊNDICE VIII

### PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

#### PACOTE DE HEMODIÁLISE CONTÍNUA - PRIMEIRAS 24H

Código SIGTAP	Procedimento
03.05.01.004-2	Hemodiálise contínua - Primeiras 24h

#### DETALHAMENTO DO PACOTE

**Descrição do Procedimento:** Hemodiálise Contínua Hospitalar em Máquina específica. Indicada para pacientes em estado crítico, que necessitem de métodos contínuos e lentos (sessão de até 72h).

#### Itens inclusos:

Serviços de enfermagem e auxiliares com escala de plantão 24 horas;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil;

Materiais a cada 72h: Kit específico para máquina de hemodiálise contínua\*, 01 bolsa de drenagem HP SP 354 e 01 tubo extensor;

Materiais de uso diário: Solução eletrolítica 0,61% 5000 ml: 10 bolsas a cada 24h; citrato de sódio 4% 3000ml: 2 bolsas a cada 24h; 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml 01 frasco; 01 frasco (5 ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

#### Itens Exclusos:

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;  
 Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.  
 Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica.  
 \*Caso haja necessidade de troca do kit antes de 72 horas de uso, será necessária justificativa por escrito e autorização pelo médico supervisor.

#### PACOTE DE HEMODIÁLISE CONTÍNUA - 24H SUBSEQUENTES

Código SIGTAP	Procedimento
03.05.01.004-2	Hemodiálise contínua - cada 24h Subsequentes (até 72h)

#### DETALHAMENTO DO PACOTE

**Descrição do Procedimento:** Hemodiálise Contínua Hospitalar em Máquina específica. Indicada para pacientes em estado crítico, que necessitem de métodos contínuos e lentos (sessão de até 72h).

**Itens inclusos:**

Serviços de enfermagem e auxiliares com escala de plantão 24 horas;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil;

Materiais de uso diário: Solução eletrolítica 0,61% 5000 ml: 10 bolsas a cada 24h; citrato de sódio 4% 3000ml: 2 bolsas a cada 24h; 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml 01 frasco; 01 frasco (5 ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

**Itens Exclusos:**

Kit específico para máquina de hemodiálise contínua

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica.

#### PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE

Código SIGTAP	Procedimento
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado

#### DETALHAMENTO DO PACOTE

**Descrição do Procedimento:** Hemodiálise Intermittente Hospitalar - período de até 4 horas (sessão).

**Itens inclusos:**

Serviços de enfermagem e auxiliares;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;

Materiais e medicamentos: 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 01 frasco de solução ácida, 02 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze estéril; 01 par de tampa para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

Sem reuso de capilares e linhas.

**Itens Exclusos:**

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

#### PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE ESTENDIDA

Código SIGTAP	Procedimento
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado

#### DETALHAMENTO DO PACOTE

**Descrição do Procedimento:** Hemodiálise Intermittente Hospitalar estendida de 6 a 8 horas (sessão). Indicada para pacientes graves que necessitem de métodos lentos de hemodiálise (HDC).

**Itens inclusos:**

Serviços de enfermagem e auxiliares;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;

Materiais: : 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 02 frasco de solução ácida, 03 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze estéril; 01 par de tampa para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

Sem reuso de capilares e linhas.

**Itens Exclusos:**

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica.

#### PACOTE DE DIÁLISE PERITONEAL

Código SIGTAP	Procedimento
03.05.01.003-4	Diálise peritoneal para pacientes renais agudos

**DETALHAMENTO DO PACOTE**

**Descrição do Procedimento:** Diálise Peritoneal Intermittente Paciente Agudo ou Crônico Internado

**Itens inclusos:**

Serviços de enfermagem com especialização em Nefrologia;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento.

Materiais: Máscara descartável: 04 DPA/10 CAPD, 02 clamps plásticos bolsa, 01 Equipocassete para homechoice 3 entradas, 01 equipo de drenagem, Prep Kit: 01 DPA/ 05 CAPD; 01 bolsa simples de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml, 02 bolsas simples de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 6000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml. Álcool 70% 100ml, Wipper: 02 DPA/05 CAPD; Mini caps; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 pacotes de compressa estéril; 02 pares de luvas de procedimento

Honorários médicos para diálise;

Aluguel da máquina.

**Itens Exclusos:**

Instalação e retirada de cateter permanente para diálise peritoneal (kit cateter de Tenckhoff de 2 cuff); e Visita médica

#### APÊNDICE IX PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À HEMOTERAPIA

##### PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.006-8	Unidade de Concentrado de Hemárias

**DETALHAMENTO DO PACOTE**

**Descrição do Procedimento:** Transfusão de concentrado de hemárias.

**Itens inclusos:** Custo Operacional de Concentrado de Hemárias;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);

Seleção pré-transfusional II (prova de compatibilidade).

**Itens Exclusos:** Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa);

Deleucotização de concentrado de Hemárias (quando filtrada);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada;

Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada;

Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada;

Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada;

Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada.

#### SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)
Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa)
Deleucotização de concentrado de Hemácias (quando filtrada)
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada
Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada
Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada
Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada
Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada

#### PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS RANDÔMICO

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.007-6	Unidade de concentrado de Plaquetas (randômica)

**DETALHAMENTO DO PACOTE**

**Descrição do Procedimento:** Transfusão de concentrado de plaquetas randômicas.

**Itens inclusos:** Custo Operacional de Concentrado de plaquetas randômicas;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);

**Itens Exclusos:** Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa);

Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.

#### SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)
Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa)
Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada)
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada

#### PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS POR AFÉRESE

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.009-2	Unidade de concentrado de Plaquetas por Aférese

**DETALHAMENTO DO PACOTE**

**Descrição do Procedimento:** Transfusão de concentrado de plaquetas por aférese.

**Itens inclusos:** Custo Operacional de Concentrado de plaquetas por aférese;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);

**Itens Exclusos:** Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.

#### SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS POR AFÉRESE

Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada

#### PACOTE DE TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.010-6	Unidade de Plasma
<b>DETALHAMENTO DO PACOTE</b>	
<b>Descrição do Procedimento:</b> Transfusão de Plasma Fresco Congelado.	
<b>Itens inclusos:</b> Custo Operacional de Plasma Fresco Congelado;	
Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh).	

#### PACOTE DE TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.008-4	Unidade de Crioprecipitado
<b>DETALHAMENTO DO PACOTE</b>	
<b>Descrição do Procedimento:</b> Transfusão de Crioprecipitado.	
<b>Itens inclusos:</b> Custo Operacional do Crioprecipitado;	
Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh).	

#### PACOTE DE AFÉRESE TERAPÊUTICA

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.001-7	Aférese terapêutica
<b>DETALHAMENTO DO PACOTE</b>	
<b>Descrição do Procedimento:</b> Realização de aférese terapêutica.	
<b>Itens inclusos:</b> Honorário médico e do operador;	
Kit completo de descartáveis para uso do equipamento de aférese;	
Solução Fisiológica 0,9%.	
<b>Itens exclusos:</b>	
Cateter de duplo lúmen para aférese;	
Plasma Fresco Congelado ou Albumina 20%.	
Observação: o pacote para aférese terapêutica contempla diferentes modalidades de aférese (p. ex, plasmaférrese, leucoaférese).	

#### PACOTE DE EXSANGUINEOTRANSFUSÃO

Código SIGTAP	Procedimento
03.06.02.013-0	Exsanguineotransfusão
<b>DETALHAMENTO DO PACOTE</b>	
<b>Itens inclusos:</b> honorários médicos, hemocomponente (sangue total) /procedimentos especiais no hemocomponente (irradiação, lavagem, deleucotização ou filtração), materiais descartáveis.	
Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh)	
Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);	
Aliquotagem de componente (quando não há a utilização da unidade completa do hemocomponente).	

### APÊNDICE X

#### PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES
407030018	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA
407020039	APENDICECTOMIA
211020010	CATETERISMO CARDÍACO
211020028	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA
407030026	COLECISTECTOMIA
407030042	COLECISTOSTOMIA
407030050	COLEDOCPLASTIA
407030069	COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA
407030085	COLOCACAO DE PROTESE BILAR
407030093	DILATACAO PERCUTANEA DE ESTENOSES E ANASTOMOSES BILIARES
407030107	DRENAGEM BILAR PERCUTANEA EXTERNA
407030115	DRENAGEM BILAR PERCUTANEA INTERNA
407040013	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO

407040030	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL
406020124	EMBOLECTOMIA ARTERIAL
406040192	EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
407030123	ESPLENECTOMIA
406020167	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO
407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL
407030140	HEPATORRAFIA
407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES
407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO
407040048	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL)
407040056	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA TORACICA)
407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL
407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL
406040265	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÉMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO
407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
41202003	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM
407040196	PARACENTSE ABDOMINAL
416040195	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO
412040115	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA
412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA
406020590	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO

---

**APÊNDICE XI**  
**MATERIAIS PADRONIZADOS NA SES/DF**

CÓDIGO SES	CÓDIGO BR	ITENS
91180	348807	ABAIXADOR DE LÍNGUA CONVENCIONAL EM MADEIRA, PACOTE COM 100 UND
3527	279373	ABSORVENTE HIGIÉNICO TAMAÑO HOSPITALAR DE ACORDO COM A RDC Nº 142/2017
3365	348002	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS +S TRIGLICERÍDEOS (ACELERADOR DE CICATRIZAÇÃO), FORMA FARMACÊUTICA: SOLUÇÃO
91036	38218	AGULHA ANESTÉSICA, APLICAÇÃO PARA RAQUIDIANA, MATERIAL AÇO INOXIDÁVEL, DIMENSÃO 25 G X 3 1/2'(90 MM OU 9 CM)
34590	389179	AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 20 G PARA PUNÇÃO LOMBAR DIAGNÓSTICA
34589	389190	AGULHA ANESTÉSICA TIPO PONTA QUINCKE 22 G PARA PUNÇÃO LOMBAR DIAGNÓSTICA
25262	397513	AGULHA HIPODÉRMICA 13 X 0,45 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL.
25260	397510	AGULHA HIPODÉRMICA 20 X 0,55 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL
35559	397505	AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,7MM COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL
25252	397502	AGULHA HIPODÉRMICA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL
25261	397503	AGULHA HIPODÉRMICA 30 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL.
25289	397494	AGULHA HIPODÉRMICA 40 X 1,2 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA DESCARTÁVEL
25259	439821	AGULHA PARA ASPIRAÇÃO DE MEDICAMENTO 1,2 X 25 MM PONTA ROMBA, DESCARTÁVEL.
192583	439906	AGULHA PARA CANETA DE INSULINA 5 x 0,25MM, ESTÉRIL
35136	439879	AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 15MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM)
35137	439878	AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX 19MM (VARIAÇÃO + OU - 2MM)
35138	439877	AGULHA PARA PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL, 20GX25MM (VARIAÇÃO DE + OU - 2MM)
91060	279726	ALGODÃO HIDRÓFILO BRANCO 20CMX100CM EM ROLO 500G
49243	283964	APARELHO PARA TRICOTOMIA (BARBA), MATERIAL: PLÁSTICO, TIPO USO: DESCARTÁVEL, FORMATO CABO: ANATÔMICO, EMBALAGEM:
91070	448246	ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CMX100CM (COMP. MÍNIMO)
24924	444355	ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 10CM X 1,8M
24925	444365	ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 15CM X 1,8M
24926	444371	ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 20CM X 1,8M
24927	444373	ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 25CM X 1,8M
24928	444375	ATADURA DE CREPOM 13 FIOS ROLO 30CM X 1,8M
34084	604954	AVENTAL DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL. APLICAÇÃO: BIOSSEGURANÇA.
10823	335478	AVENTAL DESCARTÁVEL NÃO ESTÉRIL. MATERIAL: CONFECCIONADO 100% EM FALSO TECIDO, GRAMATURA: 30GR/M <sup>2</sup> . TAMAÑO: ÚNICO, COMPRIMENTO/ALTURA MÍNIMA DE 1,20M. FINALIDADE: BARREIRA PROTETORA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS PROCEDIMENTOS COM EXPOSIÇÃO DE FLUÍDOS E/OU CONTAMINAÇÃO POR CONTATO, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MALEÁVEL, DECOTE RENTE AO PESCOÇO, COM ABERTURA NAS COSTAS, COM TIRAS EXTERNA LATERAIS PARA FECHAMENTO, COM MANGAS COMPRIDAS E PUNHO COM ELÁSTICO, QUE NÃO CAUSE NENHUMA IRRITAÇÃO AO USUÁRIO
35774	434401	AVENTAL/CAPOTE CIRÚRGICO ESTÉRIL, DESCARTÁVEL, TAMAÑO 'M'
35938	434415	AVENTAL/CAPOTE CIRÚRGICO ESTÉRIL, TAMAÑO G
32455	389432	BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA NÃO ESTÉRIL
35304	401120	BOLSA PARA ESTOMIA ADULTO TRANSPARENTE 1 PEÇA, NÃO ESTÉRIL.
35303	401147	BOLSA PARA ESTOMIA ADULTO OPACA 2 PEÇAS, NÃO ESTÉRIL.
35307	401314	BOLSA PARA UROSTOMIA ADULTO TRANSPARENTE 1 PEÇA
92012	450962	CÂNULA DE GUEDEL Nº 0 (60 MM), NÃO ESTÉRIL
92013	450963	CÂNULA DE GUEDEL Nº 1 (70 MM), NÃO ESTÉRIL
92014	450964	CÂNULA DE GUEDEL Nº 2 (80 MM), NÃO ESTÉRIL
92015	450965	CÂNULA DE GUEDEL Nº 3 (90 MM), NÃO ESTÉRIL
92016	450966	CÂNULA DE GUEDEL Nº 4 (100 MM), NÃO ESTÉRIL
24816	450967	CÂNULA DE GUEDEL Nº 5 (110 MM)

38437	477462	CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO INFANTIL (CNAF)
38438	477462	CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO PEDIÁTRICO (CNAF)
38440	477462	CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO NEONATAL
38439	477462	CÂNULA NASAL PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO POR ALTO FLUXO, TAMANHO ADULTO P (CNAF)
92090	395915	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 3,0MM
92091	255927	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 3,5MM
92092	395788	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 4,0MM
92093	255099	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 4,5MM
92094	255098	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 5MM
92075	255100	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 6,0MM
92076	255103	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 6,5MM
92077	255926	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 7,0MM
92078	255102	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 7,5MM
92079	255101	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 8,0MM
92080	255107	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF PVC 9,0MM
38065		CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO G
38066		CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO GG
38064		CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO M
38063		CAPACETE RESPIRADOR ELMO, TAMANHO P
35271	362432	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE SANGUE CAPILAR DO CALCÂNEO, EM PAPEL DE FILTRO, DE RECÉM NASCIDO PARA EXAMES DA TRIAGEM NEONATAL DE PRIMEIRA AMOSTRA (TESTE DO PEZINHO)
35273	362432	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E COLETA DE SANGUE CAPILAR DO CALCÂNEO, EM PAPEL DE FILTRO, DE RECÉM NASCIDO PARA EXAMES DA TRIAGEM NEONATAL DE RECONVOCADO (TESTE DO PEZINHO)
34771	437360	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), MONO LÚMEN 1,9 - 2 FR X 20 - 30 CM, NEONATAL, ESTÉRIL
34770	437569	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC), MONO LÚMEN 1 FR X 20-30 CM, NEONATAL, ESTÉRIL
25285	437314	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 2,8 - 3 FR X 50 - 65 CM, INFANTIL, ESTÉRIL
25284	437315	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 3,8 - 4 FR X 50 - 65 CM, INFANTO JUVENIL, ESTÉRIL
38152	466861	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) 4,8 - 5 FR X 50 CM OU SUPERIOR, ADULTO, ESTÉRIL
35248	437298	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN ADULTO 7FR (14G/18G) X APROXIMADAMENTE 20CM
35120	437286	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 18G
35244	437295	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL PEDIÁTRICO DUPLO LUMEN 5FR (18G/22G) X APROXIMADAMENTE 13CM
35203	437289	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 20G (3FR)
35202	437287	CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 22G (2FR)
2677	423679	CATETER DE TENCKHOFF PARA DIÁLISE PERITONEAL NEONATAL (SISTEMA FECHADO)
92106	421226	CATETER DE TENCKHOFF PARA DIÁLISE PERITONEAL SISTEMA FECHADO PLASTICO INFANTIL
34552	41249	CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 7 FR 10 CM
92132	413241	CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 8 FR 11 CM
34551	421250	CATETER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE PEDIÁTRICO 9 FR 12 CM
35389	437118	CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE, USO ADULTO
36248	435971	CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO TAMANHO PEDIÁTRICO Nº 08, ESTÉRIL.
36249	435975	CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 10, ESTÉRIL.
36250	435976	CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, MASCULINO, Nº 12, ESTÉRIL
36251	435972	CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 10, ESTÉRIL.
36252	436136	CATETER HIDROFÍLICO DE USO ÚNICO, FEMININO, Nº 12, ESTÉRIL.
25240	437175	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 14G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25241	437176	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 16G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25242	437177	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 18G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25243	437178	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 20G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25245	437180	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 24G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25244	437179	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO 22G, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
37602	395230	CATETER NASAL ADULTO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA
37603	282205	CATÉTER NASAL PEDIÁTRICO, EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA
37887	282235	CATÉTER NASAL NEONATAL EM SILICONE, TIPO ÓCULOS, PARA OXIGENOTERAPIA
33632	426984	CATETER PARA TERAPIA RENAL, DIÁLISE PERITONEAL, DURABILIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA, MODELO TENCKHOFF
37870	413222	CATETER TENCKHOFF, ADULTO, CURVO, 42CM, 1 CUFF
37876	413222	CATETER TENCKHOFF, ADULTO, RETO, 37CM, 2 CUFFS
37869	426984	CATETER TENCKHOFF ADULTO, RETO 42 CM, 2CUFFS
37877	413222	CATETER TENCKHOFF, ADULTO, RETO, 47CM, 2 CUFFS
37871	426984	CATETER TENCKHOFF, ADULTO, TIPO SWANECK, 42CM, 2 CUFFS
8955	413956	CATETER TRÍPO LUMEN CURTA DURAÇÃO, ADULTO, PARA HEMODIÁLISE EM PACIENTES GRAVES CALIBRE DE 12 A 14 FR
35249	437844	CATETER UMBILICAL MONO LÚMEN 3,5 A 4 FR, 30 CM, USO NEONATAL
35250	437841	CATETER UMBILICAL MONO LÚMEN 5 A 6 FR USO NEONATAL. 5FR A 6FR X APROXIMADAMENTE 40 CM
38441	477463	CIRCUITO RESPIRATÓRIO PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO ALTO FLUXO ADULTO
38442	477464	CIRCUITO RESPIRATÓRIO PARA SISTEMA DE OXIGENAÇÃO ALTO FLUXO PEDIÁTRICO
24393		CIRCUITO DE USO ÚNICO PARA CPAP E VENTILAÇÃO MARCA FISHER & PAYKEL - MR 850
35888	447065	CLAMP UMBILICAL ESTÉRIL
34516	280423	COLCHÃO CAIXA DE OVO
91090	419399	COLETOR DE URINA ABERTO ADULTO, NÃO ESTÉRIL
91103	485174	COLETOR DE URINA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (COMPLETO), ESTÉRIL
91092	419371	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO, ESTÉRIL
91091	419390	COLETOR DE URINA ABERTO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL
27780	439995	COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 10CM X 15CM ESTÉRIL
27783	439996	COMPRESSA ALGODONADA PARA CURATIVO TIPO COXIM 15CM X 30CM ESTÉRIL
34670	438055	COMPRESSA CIRÚRGICA PARA CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 CM
91102	269972	COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM 11 FIOS NÃO ESTÉRIL PACOTE COM 500 UND
8421	269978	COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM 13 FIOS ESTÉRIL ENVELOPE COM 10 UND
35781	387142	CONECTOR PARA AEROSOLTERAPIA EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, ESTÉRIL
25175	284077	CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 24

25176	272774	CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 28
25178	278479	CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 32
25179	284076	CONJUNTO PARA DRENAGEM MEDIASTINAL Nº 34
92217	454161	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 0, NÃO ESTÉRIL
92210	454156	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 1, NÃO ESTÉRIL
92211	454157	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 2, NÃO ESTÉRIL
92212	454158	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 3, NÃO ESTÉRIL
92213	454159	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 4, NÃO ESTÉRIL
92214	454160	CONJUNTO PARA FORNECER PRESSÃO ÁREA POSITIVA Nº 5, NÃO ESTÉRIL
91182	435418	CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO ADULTO, NÃO ESTÉRIL
724	435419	CONJUNTO PARA NEBULIZAÇÃO COMPLETO INFANTIL, NÃO ESTÉRIL
91160		CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, ESTÉRIL
91162		CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL
25057	402564	CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM X 10 CM, ESTÉRIL
25058	406612	CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL
5544	406620	CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM, ESTÉRIL
35777	253818	CURATIVO BOTA DE UNNA, NÃO ESTÉRIL
35784	406166	CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 10,5 CM, SACHÊ, ESTÉRIL
35783	406167	CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM X 19,5 CM, ESTÉRIL, RECORTÁVEL
91124	435525	CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM X 5 CM (+ OU - 1 CM), ESTÉRIL
91120	411381	CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM X 8 CM (+ OU - 1 CM), ESTÉRIL
91137	402816	CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM X 10 CM, ESTÉRIL
91139	402813	CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM X 20 CM, ESTÉRIL
25066	433911	CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE (CURATIVO DE HIDROGEL), ESTÉRIL
25060	430053	CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL
91207	432618	CURATIVO DE HIDROFIBRA, ESTÉRIL
23075	430366	CURATIVO EM PELÍCULA TRANSPARENTE ADESIVO COM GEL DE CLOREXIDINA 2%
32463	406136	CURATIVO ESTÉRIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA
35782	406176	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL
91131		CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM X 15 CM, ESTÉRIL
34026	406674	CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM X 150 CM, ESTÉRIL
35775	35775	CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM, ESTÉRIL
33197	455855	DISPOSITIVO PARA AUXÍLIO DE IRRIGAÇÃO E LAVAGEM DE CAVIDADES E FERIDAS
33196	428773	DISPOSITIVO PARA MISTURA OU RECONSTITUIÇÃO DE DROGAS
58285	461243	ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO PARA ECG E MONITORIZAÇÃO
354534	385209	EQUIPO SIMPLES PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, INJETOR LATERAL MEMBRANA AUTO CICATRIZANTE
35209	385697	EQUIPO MICROGOTAS GRAVITACIONAL, COM BURETA – 150 ML, ESTÉRIL.
91127	386128	EQUIPO FOTOPROTECTOR PARA INFUSÃO DE SOLUÇÕES PARENTERAIS, TIPO GRAVITACIONAL, ESTÉRIL
31158	386549	EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET
31157	386247	EQUIPO PARA USO EXCLUSIVO EM BOMBAS DE INFUSÃO DE MARCA SAMTRONIC ST1000 SET, PARA SOLUÇÕES FOTOSENSÍVEIS
91121	385706	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL
91133	390591	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT BRAUN, ESTÉRIL
21621	401944	EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO INFUSOMAT B BRAUN
91123	385706	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL
6303	390591	EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTECTOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL
21622	401944	EQUIPO PARENTERAL NEONATAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED, ESTÉRIL
37073	402455	EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTECTOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART, ESTÉRIL.
37651	385706	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, TIPO SIMPLES, ESTÉRIL.
37652	402455	EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTECTOR PARA BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART TOUCH, ESTÉRIL.
37660	386549	EQUIPO PARENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY.
37661	386247	EQUIPO PARENTERAL FOTOPROTECTOR PARA BOMBA DE INFUSÃO BENEFUSION VP3 DA MARCA MINDRAY
36406	457515	EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 20 CM COMPRIMENTO, ESTÉRIL
21551	459698	EQUIPO EXTENSOR DE UMA VIA PRIMING REDUZIDO 40CM COMPRIMENTO ESTÉRIL
32467	459686	EQUIPO ESTÉRIL INTERMEDIÁRIO DE 2 VIAS PRIMING REDUZIDO
91119	385662	EQUIPO INTERMEDIÁRIO 4 VIAS, 15 CM (+/- 2 CM), ESTÉRIL
91122	459694	EQUIPO INTERMEDIÁRIO 2 VIAS, 15 CM (+/- 2 CM), ESTÉRIL
25246	437164	ESCALPE N° 19, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25247	437173	ESCALPE N° 21, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25248	437174	ESCALPE N° 23, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25249	437165	ESCALPE N° 25, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
25250	437187	ESCALPE N° 27, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
23642	357700	ESPAÇADOR PARA INALADOR DOSIMETRADO PRESSURIZADO VOLUME DA CÂMARA DE NO MÍNIMO 140 ML E MÁXIMO DE 350 ML NÃO ESTÉRIL, USO INDIVIDUAL
92240	437860	ESPARADRAPO CIRÚRGICO 10CM X 4,5M EM CARRETEL PLÁSTICO COM CAPA PROTETORA
32464	357711	FILME ADESIVO TRANSPARENTE NÃO ESTÉRIL
91204	292134	FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO ADULTO, ESTÉRIL
91205	479616	FILTRO BARREIRA HIDRÓFOBO PEDIÁTRICO, ESTÉRIL
92293	487454	FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 2-0 PRETO
92294	487442	FIO DE SUTURA NYLON MONOFILAMENTAR 3-0 PRETO
92265	487520	FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 3-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,0 A 2,6CM, 1/2 CÍRCULO CILINDRICA
92269	487509	FIO DE SUTURA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR 4-0, 75CM, COM 01 AGULHA DE 2,5 A 2,6CM, 1/2 CÍRCULO CILINDRICA
35937	325938	FILTRO VENTILAÇÃO MECÂNICA, TAMANHO NEONATAL, TIPO HIGROSCÓPICO, BACTERIOSTÁTICO, BACTERIANO/VIRAL EMBALAGEM INDIVIDUAL, USO DESCARTÁVEL

49185		FITA AUTOADESIVA HOSPITALAR, MATERIAL: CONFECCIONADA EM DUAS FACES, SENDO O DORSO EM PAPEL CREPADO TRATADO E
92361	437866	FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 10CM X 10M
92362	437865	FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 2,5CM X 10M
92363	437867	FITA CIRÚRGICA HIPOALERGÊNICA MICROPOROSA 5CM X 10M
35733	339565	FITA COM ÁREA REAGENTE PARA VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR, USO HOSPITALAR
91159	437849	FITA UMBILICAL ESTÉRIL
38608	427338	FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO P, ATÉ 40 KG - UNIDADE
38609	358131	FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO M, 40 A 70 KG - UNIDADE
38610	358132	FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO G, 70 A 90KG - UNIDADE
38611	334154	FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO, TAMANHO XG, ACIMA DE 90KG - UNIDADE
38604	358100	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO M, ACIMA DE 5KG - UNIDADE
38605	402674	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO G, ACIMA DE 9KG - UNIDADE
38606	425355	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO XG, ACIMA DE 12 KG - UNIDADE
38607	470963	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL TAMANHO XXG, ACIMA DE 15KG - UNIDADE
38613	416616	FRALDA RN PREMATURO ATÉ 1000G - UNIDADE
38614	416616	FRALDA RN PREMATURO ATÉ 1000 A 2000 G - UNIDADE
38615	416616	FRALDA RN PREMATURO 2 A 3KG - UNIDADE
35105	440037	FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL
23667	279972	FIXADOR DE TUBO OROTRAQUEAL ADULTO USO UNICO NAO ESTERIL
12329	289437	FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, SONDA E CATETER NASAL ADULTO
12325	390831	FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO NAO ESTERIL
12321	390832	FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL NAO ESTERIL
35107	438390	FRASCO COLETOR, 500 A 600 ML, PARA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, DESCARTÁVEL
35105	440037	FRASCO COLETOR, 1000 ML, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DESCARTÁVEL
37015	452988	GUIA PARA INTUBAÇÃO TIPO BOUGIE
18161	293025	HASTE FLEXÍVEL COM PONTA DE ALGODÃO (COTONETE), MATERIAL HASTE: PLÁSTICO, TIPO HASTE: COM RANHURA, MATERIAL PONTA: 100% ALGODÃO,
3399	315846	INVÓLCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: INFANTIL, DIMENSÕES: 0,30 X 0,60M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA QUALIDADE, COM ABERTURA LONGITUDINAL EM TODA A SUA EXT
3400	288975	INVÓLCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: INFANTIL, DIMENSÕES: 0,50 X 1 M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA QUALIDADE, COM ABERTURA LONGITUDINAL EM TODA A SUA EXTE
3402	254225	INVÓLCRO PARA CADÁVER, MATERIAL: POLIETILENO RESISTENTE, TIPO USO: ADULTO, DIMENSÕES: 0,90 X 2,10M, EMBALAGEM: EMBALADOS INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE INDIVIDUALMENTE, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS: MATERIAL DE ALTA
28925	457435	KIT DE AGULHA PARA ACESSO VASCULAR INTRA-ÓSSEO PEDIÁTRICO
34564	393283	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 10
34565	424403	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 12
34566	282273	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 14
34568	284084	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 18
34569	402260	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 20
34270	277764	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL INFANTIL Nº 22
25175	284077	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 24
25176	272774	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 28
25178	278479	KIT DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL Nº 32
2992		KIT TRANSDUTOR DE PRESSÃO DESCARTÁVEL PX 24N
92376	333633	LAMINA P/BISTURI N. 10
92377	313571	LAMINA P/BISTURI N. 11
92378	313628	LAMINA P/BISTURI N. 12
92379	366903	LAMINA P/BISTURI N. 15
92380	361077	LAMINA P/BISTURI N. 20
92382	242918	LAMINA P/BISTURI N. 22
92383	366902	LAMINA P/BISTURI N. 24
29713	338605	LANCETA DESCARTÁVEL PARA USO PROFISSIONAL
35274	338605	LANCETA ESPECÍFICA PARA TESTE DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA (TESTE DO PEZINHO), DESCARTÁVEL , ESTÉRIL
37705	410579	LENÇO REMOVEDOR/LIBERADOR DE ADESIVO
92410	269946	LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 6,5 EM LÁTEX ESTÉRIL
92401	269839	LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 7,0 EM LÁTEX ESTÉRIL
92402	269838	LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 7,5 EM LÁTEX ESTÉRIL
92403	269837	LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 8,0 EM LÁTEX ESTÉRIL
92400	269947	LUVA CIRÚRGICA CONVENCIONAL Nº 8,5 EM LÁTEX ESTÉRIL
92409	269892	LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO G
92408	269893	LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO M
92407	269894	LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO P
35766	269891	LUVA DE PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL DE LÁTEX TAMANHO PP
23896		MACRONEBULIZADOR, COMPOSTO DE : NEBULIZADOR COM TAMPA E CORPO ABS E FRASCO DE POLIPROPILENO GRADUADO DE 0 A 500 ML. HASTE COM ROSCA 9/16 X 18 FIOS, PARA SAÍDA DE FLUXÔMETRO E ADAPTÁVEL A CIRCUITOS DE RESPIRADORES. TRAQUÉIA EM PVC, LISA INTE
91179	452986	MANDRIL PARA INTUBAÇÃO ADULTO
91178	452987	MANDRIL PARA INTUBAÇÃO INFANTIL
91574	321795	MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL. EM FASE DE DESPADRONIZAÇÃO APÓS FINALIZAÇÃO DA ATA (29/06/2023)
6542	340407	MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PFF2 (EQUIVALENTE A N95).
200574		MÁSCARA DE SILICONE Nº 0 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL
200575		MÁSCARA DE SILICONE Nº 1 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL
200576		MÁSCARA DE SILICONE Nº 2 PARA REANIMAÇÃO NEONATAL
12814	454574	MÁSCARA DE NAO-REINALACAO - MODELO ADULTO SISTEMA COMPLETO
12815	454575	MÁSCARA DE NAO-REINALACAO - MODELO PEDIÁTRICO SISTEMA COMPLETO

25056	454554	MÁSCARA DE VENTURI ADULTO
22011	454602	MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENIOTERAPIA ADULTO
28487	454603	MÁSCARA FACIAL PARA OXIGENIOTERAPIA INFANTIL
202162	451080	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 1,5 (05 A 10KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
202161	451077	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 2 (10 A 20KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
202163	451075	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 2,5 (20 A 30KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
202160	451142	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 3,0 (30 A 50KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
202158	451137	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 4,0 (50 A 70KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
202159	451141	MÁSCARA LARÍNGEA Nº 5 (70 A 100KG) DESCARTÁVEL EM PVC TRANSPARENTE
35913	454148	MÁSCARA NASAL G
35915	454147	MÁSCARA NASAL M
35914	454194	MÁSCARA NASAL P
35910	454151	MÁSCARA ORONASAL G
35911	454150	MÁSCARA ORONASAL M
35912	454153	MÁSCARA ORONASAL P
12323	454548	MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA PEDIÁTRICA
12324	454547	MÁSCARA PARA TRAQUEOSTOMIA ADULTO
881	401778	OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL
871	401777	OBTURADOR DE COLOSTOMIA ADULTO 1 PEÇA COMPRIMENTO 45 MM, NÃO ESTÉRIL
12586	459252	PLACA DE BISTURI ADULTO
12587	459254	PLACA DE BISTURI INFANTIL
22700	477277	PASTA PROTETORA DE PELE COM ÁLCOOL, NÃO ESTÉRIL
917758	357030	PLACA PROTETORA DE PELE PERIESTOMA 15 CM x 15 CM, NÃO ESTÉRIL
890	401957	PROTETOR DE ESTOMA ADULTO, NÃO ESTÉRIL
22802	477275	PROTETOR DE PELE EM PÓ, NÃO ESTÉRIL
32039	413466	PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO G
32038	413352	PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO M
32037	413351	PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO P
37565	456371	PROTETOR OCULAR NEONATAL PARA FOTOTERAPIA, TAMANHO PP
30811	384038	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, ADULTO, BRANCA. APLICAÇÃO: IDENTIFICAR PACIENTES INTERNADOS, MATERIAL: CONFECCIONADA EM MATERIAL PLÁSTICO RESISTENTE, SEM ELASTICIDADE, ATÓXICO, HIPOALERGÉNICO, BORDAS ATRAUMÁTICAS E AJUSTÁVEL AO USO ADULTO. CARAC
201158	436856	SAPATILHA DESCARTÁVEL
25258	443469	SERINGA HIPODÉRMICA 1ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
35681	439662	SERINGA HIPODÉRMICA 1 ML COM AGULHA 13 X 3,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA
25283	439660	SERINGA HIPODÉRMICA 1ML, COM AGULHA 13X4,5, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
33490	439668	SERINGA HIPODÉRMICA DE 3 ML COM AGULHA 25 X 0,6 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA
25255	439684	SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 20 X 0,55, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
25254	439681	SERINGA HIPODÉRMICA 3ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
25256	439688	SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,7 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
35682	439699	SERINGA HIPODÉRMICA 5ML COM AGULHA 25 X 0,8 COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
31043	439626	SERINGA HIPODÉRMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
25238	439626	SERINGA HIPODÉRMICA 10ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL, BICO LUER SLIP
25239	439627	SERINGA HIPODÉRMICA 20ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
25280	442278	SERINGA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL PARA INSULINA 50U, AGULHADA, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA, ESTÉRIL
6543	439629	SERINGA 60 ML SEM AGULHA, DESCARTÁVEL, ESTÉRIL
12283	454404	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 10 FR INFANTIL, ESTÉRIL
12285	454405	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA INFANTIL 12FR, ESTÉRIL
12287	454402	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 14FR - PARA TQT 7,0 - 7,5
12289	454403	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA 16FR - PARA TQT 8,0 - 8,5 - 9,0
12245	454396	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 6FR NEONATAL - PARA TOT 3,0 - 3,5
12252	454406	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 8FR - PARA TOT 4,0 - 4,5
12241	454407	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 5 FR NEONATAL
12254	454399	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 10FR - PARA TOT 5,0 - 5,5
12284	454400	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL 12FR - PARA TOT 6,0 - 6,5
12286	454397	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 14 FR, ESTÉRIL
12290	454398	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL VIA TUBO OROTRAQUEAL ADULTO 16 FR, ESTÉRIL
32457	390804	SOLUÇÃO AQUOSA A BASE DE POLIHEXANIDA PARA LIMPEZA DE LESÕES ESTÉRIL SONDA INTESTINAL PARA INCONTINÊNCIA FECAL ESTÉRIL
92434	283987	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04
92435	279760	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06
92436	279763	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08
92437	279765	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10
92438	279764	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12
92433	279761	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14
92442	435998	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 08
92443	436008	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 10
92444	436009	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 12
92445	436002	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 14
92446	436007	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 16
92439	436003	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 18
92448	436010	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 20
92440	436004	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 22
92441	436006	SONDA DE FOLEY 2 VIAS LATEX Nº 24
92454	435996	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 06
92455	435998	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 08
92458	436000	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 10
92459	436001	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 12

35961	435999	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 16
35962	435997	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 18
35963	436078	SONDA DE FOLEY 2 VIAS SILICONE Nº 20
92451	436018	SONDA DE FOLEY 3 VIAS LÁTEX Nº 20
92452	436013	SONDA DE FOLEY 3 VIAS LATEX Nº 22
92453	436014	SONDA DE FOLEY 3 VIAS LATEX Nº 24
35964	438575	SONDA DE FOLEY 3 VIAS SILICONE Nº 22
35725	435905	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 04
35726	435903	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 06
35727	435904	SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 08
92466	437216	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06
92467	438982	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08
92468	435906	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10
92469	435907	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12
92470	435908	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14
92471	435909	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16
92472	435910	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18
92473	435911	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20
92474	435912	SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22
92475	435901	SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 10
12083	435902	SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO Nº 12
92456	435899	SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PEDIÁTRICA Nº 08
92457	435897	SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NEONATAL Nº 06
92479	435932	SONDA RETAL Nº 18
92480	435933	SONDA RETAL Nº 20
92481	435934	SONDA RETAL Nº 22
92482	435935	SONDA RETAL Nº 24
92483	435937	SONDA RETAL Nº 26
92493	452538	SONDA URETRAL Nº 04
92494	435970	SONDA URETRAL Nº 06
92495	436229	SONDA URETRAL Nº 08
92496	436042	SONDA URETRAL Nº 10
92497	435986	SONDA URETRAL Nº 12
92498	435982	SONDA URETRAL Nº 14
92499	435985	SONDA URETRAL Nº 16
92500	435983	SONDA URETRAL Nº 18
92501	435987	SONDA URETRAL Nº 20
92502	435984	SONDA URETRAL Nº 22
5310	392369	SWABS-LENÇO OU GAZE UMED. C/ÁLCOOL ISOPROPÍLICO 70% P/ ASSEPSIA DE PELE
36017	273502	TAMPA OCCLUSORA PARA DISPOSITIVOS DE INFUSÃO, ESTÉRIL
63295	428615	TOUCA HOSPITALAR DESCARTÁVEL
91191	256077	TORNEIRA DESCARTÁVEL COM TRÊS VIAS, ESTÉRIL
92512	265626	TUBO DE LATEX Nº 200
34859	459110	TUBO DE SILICONE Nº 204
92058	451272	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 4,0MM
92052	451270	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 5,0MM
92060	451203	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC 6,0MM
92055	451193	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 2,5MM
92056	451191	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF EXTRA-FLEXÍVEL 3,0 MM
92057	451197	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 3,5MM
92059	451192	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM CUFF PVC EXTRA-FLEXÍVEL 4,5MM
2447	451299	TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 3,5MM
2448	451216	TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 4,0MM
2449	451210	TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF PVC 4,5MM
92029	451298	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,0 MM
92030	451304	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 5,5MM
92031	451305	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,0MM
92032	451308	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 6,5MM
92033	451307	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,0MM
92034	451296	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 7,5MM
92035	451310	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,0 MM
92036	451302	TUBO ENDOTRAQUEAL MATERIAL PVC SILICONIZADO ATÓXICO, TAMANHO 8,5MM
37739	459110	TUBO EXTENSOR DE PVC PARA OXIGENOTERAPIA
38225	468315	TUBO EXTENSOR ESTÉRIL PARA BOMBA DE SERINGA COM CONEXÃO LUER LOCK PRIMER REDUZIDO - 120 A 150 CM
38224	459687	TUBO EXTENSOR ESTÉRIL PARA BOMBA DE SERINGA COM CONEXÃO LUER LOCK PRIMER REDUZIDO FOTOSSENSÍVEL- 120 A 150 CM



Documento assinado eletronicamente por **RENATO DE ALMEIDA SANTOS SILVA**, RG nº 45927  
**MT/GO, Usuário Externo**, em 26/09/2025, às 14:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RENATO DE ALMEIDA SANTOS SILVA, Usuário Externo**, em 26/09/2025, às 15:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JURACY CAVALCANTE LACERDA JUNIOR - Matr.1723901-X, Secretário(a) de Estado de Saúde do Distrito Federal**, em 13/10/2025, às 20:55, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0&verificador=182860558](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=182860558) código CRC= **372C6A50**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"  
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF  
Telefone(s):  
Sítio - [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)

---