

PORTARIA Nº 951 DE 01 DE JUNHO DE 2009

O SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto na Lei nº. 9.528, de 22.06.2005, no Decreto nº. 9.376, de 23.03.05 e na Portaria nº. 566 de 30.08.2006 RESOLVE:

Art. 1º - Autorizar a abertura do Credenciamento nº 010/09, para prestação de serviços de saúde em ambiente hospitalar, destinados aos beneficiários do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSESV, fixando o âmbito geográfico, a composição do valor referencial, o prazo de vigência e os limites orçamentários respectivos.

Art. 2º - O credenciamento a que se refere o art.1º vigorará de 01 de junho de 2009 até 31 de dezembro de 2009, observadas as normas pertinentes e as condições a serem fixadas em edital.

Parágrafo único - Findo o período de vigência, o PLANSESV, atendido o interesse público, adotará os atos necessários à renovação do credenciamento, considerando as prescrições legais, mediante aviso publicado no Diário Oficial do Estado, em jornal de grande circulação local e, sempre que possível, por meio eletrônico.

Art. 3º – O credenciamento, de que trata o caput do artigo anterior, abrangerá todos os municípios do Estado da Bahia.

Art. 4º – Os serviços, objeto do credenciamento, serão remunerados de acordo com os valores fixados no Anexo I.

Art. 5º – Para efeito desta Portaria estima-se a realização de 53.530 (cinquenta e três mil e quinhentos e trinta) atendimentos/mês, o que perfaz a dotação orçamentária de R\$ 197.071.628,20 (cento e noventa e sete milhões, setenta e um mil, seiscentos e vinte e oito reais e vinte centavos).

Art. 6º - Os critérios técnicos e específicos para prestação dos serviços de saúde em ambiente hospitalar são os dispostos na Instrução SAEB nº. 005 de 29 de maio de 2009.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

MANOEL VITÓRIO DA SILVA FILHO
Secretário da Administração

ANEXO I
TABELA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
1. DIÁRIAS
1.1. REGIME DE INTERNAÇÃO

DESCRIÇÃO	F	E	D	C	B	A
Enfermaria Adulto	110,00	140,00	145,00	150,00	155,00	160,00
Enfermaria Pediátrica	132,00	168,00	174,00	180,00	186,00	192,00
Enfermaria Obstétrica	132,00	168,00	174,00	180,00	186,00	192,00
Apartamento Adulto	165,00	210,00	218,00	225,00	233,00	240,00
Apartamento Pediátrico	198,00	252,00	261,60	270,00	279,60	288,00

Apartamento Obstétrico	198,00	252,00	261,60	270,00	279,60	288,00
Day Enfermaria	55,00	70,00	73,00	75,00	78,00	80,00
Day Apartamento	80,00	105,00	110,00	114,00	117,00	120,00
Alojamento Conjunto	44,00	56,00	58,00	61,00	62,00	64,00
UTI Adulto	0,00	540,00	640,00	740,00	840,00	940,00
UCO	0,00	486,00	576,00	666,00	756,00	846,00
UTI – Neonatal	0,00	594,00	704,00	814,00	924,00	1.034,00
UTI – Pediátrica	0,00	594,00	704,00	814,00	924,00	1.034,00
Semi – Intensiva	0,00	378,00	448,00	518,00	588,00	658,00
UTI – Neonatal Simplificada	0,00	297,00	352,00	407,00	462,00	517,00
Diária De Emergência Básica	77,00	98,00	101,50	105,00	108,50	112,00
Diária De Emergência Intensiva	0,00	264,60	313,60	362,60	411,60	460,60

1.2. REGIME DE EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO	F	E	D	C	B	A
Consulta de emergência	39,00	39,00	39,00	39,00	39,00	39,00
Emergência Geral Nível 1 – Baixa Complexidade	60,00	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00
Emergência Geral Nível 2 – Média Complexidade	-	80,00	100,00	120,00	140,00	160,00
Emergência Geral Nível 3 – Alta Complexidade	-	-	-	160,00	190,00	220,00
Emergência Especializada – Pediatria	100,00	100,00	125,00	125,00	150,00	150,00
Emergência Especializada – Obstetrícia	100,00	100,00	125,00	125,00	150,00	150,00

Emergência Especializada – Cardiologia	-	-	-	160,00	180,00	200,00
Emergência Especializada – Ortopedia	70,00	80,00	90,00	100,00	110,00	120,00
Emergência Especializada – Oftalmologia	70,00	70,00	80,00	80,00	90,00	90,00
Emergência Especializada – Otorrinolaringologia	60,00	60,00	70,00	70,00	80,00	80,00
Emergência Especializada – Neurologia	-	-	-	160,00	180,00	200,00
Emergência Especializada – Gastro-Enterologia	-	80,00	100,00	120,00	140,00	160,00

2. TAXAS

2.1. REGIME DE INTERNAÇÃO

2.1.1. TAXA DE SALA DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO	F	E	D	C	B	A
Taxa de Sala Porte 00	31,50	57,75	57,75	73,50	90,00	90,00
Taxa de Sala Porte 01	44,10	80,85	80,85	102,90	126,00	126,00
Taxa de Sala Porte 02	61,74	113,19	113,19	144,06	176,40	176,40
Taxa de Sala Porte 03	86,44	158,47	158,47	201,68	246,96	246,96
Taxa de Sala Porte 04	121,01	221,85	221,85	282,36	345,74	345,74
Taxa de Sala Porte 05	169,42	310,59	310,59	395,30	484,04	484,04
Taxa de Sala Porte 06	0,00	434,83	434,83	553,42	677,66	677,66
Taxa de Sala Porte 07	0,00	608,76	608,76	774,78	948,72	948,72
Taxa de Sala Complementar Porte 00	1,58	2,89	2,89	3,68	4,50	4,50
Taxa de Sala Complementar Porte 01	2,21	4,04	4,04	5,15	6,30	6,30
Taxa de Sala Complementar Porte 02	3,09	5,66	5,66	7,20	8,82	8,82
Taxa de Sala Complementar Porte 03	4,32	7,92	7,92	10,08	12,35	12,35

Citoscópio	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
Colchão Especial Reutilizável P/Dia (Água, Ar Ou Térmico)	6,00	6,00	10,00	10,00	15,00	15,00
Cpap ou Epap p/sessão (Com O2 e Ar incluso)	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Craniótomo P/Uso	ND	ND	50,00	50,00	50,00	50,00
Criocautério p/Uso	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Dermátomo	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
Estribo P/Tração Esquelética	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Fibro-Broncoscópio/Uso	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Gama-Probe	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Halo Craniano	ND	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Incubadora / Berço Aquecido (Calor / Irrad) P/Dia(fora de unidade pediátrica)	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Intensificador de Imagem	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
Marcapasso Externo Temporário P/Dia	ND	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Microscópio Cirúrgico P/Uso	ND	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Monitor intracraniano P/Dia	ND	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Monitor Fetal /Dia (fora de unidade pediátrica)	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Naso-Rino-Laringo Fibroscópio	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Papilótomo	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
Radioscópio P/Uso	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
Respirador Qualquer tipo Com Oxigênio por hora	0,00	24,00	26,00	28,00	30,00	32,00

Ureteroscópio / Ureterorenoscópio / Nefroscópio	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00
Vídeo-Coloscópio	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Vídeo-Endoscópio	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Vídeo-Urológico	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00
Vitreófago	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Yag Laser	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00

3.HONORÁRIOS MÉDICOS

3.1. O valor do CH padrão para honorários médicos - exceto Serviços de Apoio a Diagnóstico e Tratamento – SADT- será igual para todas as classes hospitalares: R\$ 0,22 reais .

3.2. O valor do CH para os Serviços de Apoio a Diagnóstico e Tratamento – SADT dependerá da classificação hospitalar do estabelecimento conforme quadro abaixo:

CLASSE	CH (R\$)
A	0,22
B	0,22
C	0,20
D	0,20
E	0,18
F	0,18

3.3. Os procedimentos na Tabela Planserv considerados como SADT são aqueles cujos códigos iniciam com: 19, 20, 21, 22, 23.01, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34 e 36.

4. MATERIAIS E MEDICAMENTOS

4.1. Tabela Planserv – disponível no endereço eletrônico do órgão: www.planserv.ba.gov.br

5. PACOTES

5.1. Tabela Planserv – disponível no endereço eletrônico do órgão: www.planserv.ba.gov.br