

**ANEXO I - ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE****MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
Escola de Sargentos das Armas  
(Escola Sargento Max Wolf Filho)**

**CRENCIANTE:** UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA / EXÉRCITO BRASILEIRO / ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS

**CRENCIADO:** Razão Social (CNPJ).

**OBJETO:** Prestação de serviços de assistência domiciliar à saúde.

**NATUREZA:** Ostensiva.

**VIGÊNCIA:** \_\_\_\_\_

**VALOR ESTIMADO:** R\$

**REGIME DE EXECUÇÃO:** indireta, empreitada por preço unitário.

**PROCESSO Nº:** \_\_\_\_\_

**CONTRATO Nr:** \_\_\_\_\_

A União, entidade de direito público interno, por intermédio da **ESCOLA DE SARGENTOS DAS ARMAS**, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Avenida Sete de Setembro Nº 628, Centro, Três Corações- MG. CEP 37.410-155, inscrita no CNPJ sob o nº 09.575.541/0001-12, para recurso do Tesouro Nacional, e do CNPJ nº 09.575.541/0002-01, para recurso do Fundo do Exército, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas \_\_\_\_\_ - Coronel, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CRENCIANTE**, e de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CRENCIADO**, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento Nº 01/2020, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste termo de credenciamento (contrato) é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e Servidores Civis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Organizações Civis de Saúde (OCS) especializadas em atenção domiciliar à saúde na(s) modalidade(s) de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de atenção domiciliar à saúde, nos termos delimitados neste instrumento.

1.1. As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar à saúde devem ser constituídas por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem necessários à prestação dos serviços contratados.

1.2. A Força Aérea Brasileira (FAB) poderá ter seus militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes assistidos por este termo de credenciamento, mediante autorização prévia da UG-FuSEx da ESA, nos casos eletivos, e nas mesmas condições especificadas aos beneficiários do SAMMED/FUSEX constantes neste instrumento e no edital, nos casos de comprovada urgência e/ou emergência.

**CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.**

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento Nº 01 da Escola de Sargentos das Armas, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA - Do fundamento legal.**

3. A presente contratação fundamenta-se no art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/1993 - inexigibilidade de licitação.

**CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.**

4. As condições gerais de execução dos serviços constam da Seção 7 "DO REGIME DE EXECUÇÃO" do edital de credenciamento, observadas as regras específicas abaixo registradas.

4.1. No caso do beneficiário ser identificado como membro da Força Aérea Brasileira (FAB):

4.1.1. Solicitar a apresentação da Guia de Autorização de atendimento ao Beneficiário da Força Aérea (GAB), Guia de Encaminhamento (GE) do FUSEx, carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique e cartão ou comprovante de beneficiário do Fundo de Saúde da Aeronáutica válido.

4.1.2. Nos casos de atendimento de comprovada urgência e/ou emergência serão adotadas as mesmas medidas administrativas aplicáveis aos

beneficiários do SAMMED/FuSEx/PASS previstas neste instrumento e no edital.

5. Fica estabelecido como prioridade de eleição da atenção domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

- 5.1. Idosos;
- 5.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- 5.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;
- 5.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

6. Os mecanismos de encaminhamento dos pacientes para a atenção domiciliar à saúde e as normas para o atendimento dar-se-ão segundo critérios de captação e elegibilidade que se seguem:

6.1. A indicação da atenção domiciliar deve ser realizada pelo médico que acompanha o paciente durante seu tratamento. Esta indicação deve seguir um Relatório Médico para desospitalização em que consta histórico clínico e torna o pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

6.2. A indicação da Atenção Domiciliar, citada no item 6.1, deverá ser avaliada pelo Serviço de Auditoria da UG-FuSEx da ESA. Será realizada pela CREDENCIANTE uma visita ao paciente (auditoria concorrente) para comprovação da necessidade do suporte técnico no ambiente domiciliar, verificando-se a adequação da solicitação médica e os critérios técnicos.

6.3. Verificada a pertinência da indicação da atenção domiciliar, o profissional auditor, preferencialmente enfermeiro(a) com especialização na área, deverá solicitar ao CREDENCIADO um relatório de avaliação inicial, que estabelecerá de forma qualificada a proposta terapêutica orçamentária, além de um plano terapêutico de cuidados em domicílio para o paciente. O CREDENCIADO tem um prazo de 48 (quarenta e oito) horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação.

6.4. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio deverá seguir os critérios técnicos abaixo:

- 6.4.1. Dados de identificação (paciente e responsável);
- 6.4.2. Diagnósticos;
- 6.4.3. Histórico clínico do paciente;
- 6.4.4. Medicamentos em uso;
- 6.4.5. Avaliação de dependência;
- 6.4.6. Avaliação do sistema tegumentar;
- 6.4.7. Exame físico;
- 6.4.8. Avaliação da dor;
- 6.4.9. Avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário);
- 6.4.10. Recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos);
- 6.4.11. Avaliação do domicílio;
- 6.4.12. Enquadramento no Programa de Atenção Domiciliar, utilizando-se critérios técnicos a partir da tabela NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar - padronizado neste Termo de Credenciamento como Anexo VI. Ressalta-se que, embora utilizando-se a tabela NEAD na

decisão para enquadramento do paciente no programa, deve-se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

7. Caso conste no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio a solicitação de mais de uma sessão de profissional especializado (médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta), a UG-FuSEx deverá autorizar, se aprovado atendimento domiciliar, apenas 1 (uma) sessão para que o profissional indicado pela empresa CONTRATADA possa avaliar e emitir parecer fundamentado a respeito da quantidade de sessões necessárias para reabilitação do paciente. Este parecer deve ser analisado e juntado ao processo, para amparar a autorização das sessões indicadas pela empresa CONTRATADA

7.1. As sessões solicitadas por cada profissional deve seguir o padrão abaixo:

7.1.1. Médico - 1 visita mensal;

7.1.2. Fisioterapeuta (motora/respiratória) - 3 sessões semanais;

7.1.3. Fonoaudiologia - 2 sessões semanais;

7.1.4. Psicologia - 1 sessão semanal;

7.1.5. Terapeuta ocupacional - 2 sessões semanais;

7.1.6. Assistência Social - 1 visita mensal.

7.2. Havendo necessidade do profissional aumentar a quantidade das seções, este deverá solicitar um aditivo da UG-FuSEx mediante relatório com justificativa detalhada.

7.3. Todo profissional da OCS CREDENCIADA deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente presente no domicílio.

8. Ajustado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, torna-se necessária a comunicação do Enfermeiro (a) auditor com o paciente e a família, antes do início do atendimento. Deve-se informar sobre a responsabilidade familiar na execução do Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, uma vez que os profissionais de saúde passarão orientações aos familiares objetivando o sucesso do atendimento e a melhoria do estado de saúde do paciente. Também devem ser informados os objetivos e particularidades do tratamento, as atribuições da equipe de assistência domiciliar, as atribuições do FuSEx e do paciente/família. Finaliza-se esta reunião com a assinatura do Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar, constante no Anexo V deste instrumento.

9. Importante salientar que a implantação do Atendimento Domiciliar não é considerada caráter de urgência. Deve-se respeitar a concretização de todos os requisitos e passos necessários para evitar-se crescimento de riscos, geração de conflitos e ocorrência de falhas técnicas e burocráticas.

10. Aprovado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio e a Proposta Orçamentária, e de posse do Termo Adesão assinado pela família, a UG-FuSEx emitirá a autorização para o início do atendimento (Guia de Encaminhamento). Esta autorização deverá estar de acordo com as cláusulas e tabelas estabelecidas no Termo de Credenciamento firmado entre a UG-FuSEx e o CREDENCIADO.

11. Ao Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Três Corações (PMGuTC) competirá realizar os contatos com a equipe multiprofissional do CREDENCIADO para eventuais alterações no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio proposto, respeitando os preceitos éticos estabelecidos por parte do Conselho Federal de Medicina;

12. A Atenção Domiciliar à Saúde terá prazo determinado, quase sempre é temporária e pode ter sua abrangência e jornadas reduzidas, podendo, entretanto, no decorrer do período

inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à assistência oferecida;

13. A desmobilização da atenção domiciliar à saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada e previamente acordado, até a alta da atenção domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do plano de terapêuticos de cuidados em domicílio;

14. O Serviço de Auditoria do PMGuTC procederá a reavaliação periódica dos casos de atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento;

15. O plano terapêutico de cuidados em domicílio do paciente admitido deve ser revisado pelo CREDENCIADO de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Esta revisão deve conter data, assinatura com carimbo do profissional de saúde que acompanha o paciente:

15.1. Autorização será válida para no máximo 30 dias;

15.2. As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CREDENCIANTE a cada período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período;

15.2.1. Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente. Havendo incoerências nos relatórios, o CREDENCIANTE poderá não autorizar o atendimento;

15.2.2. Quando houver curativos, deverá estar anexado ao relatório padrão para curativos da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) ou médico (a) responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, descrição de todo o procedimento a ser realizado incluindo materiais utilizados e prescritos e programação de alta/desmame dos mesmos.

15.2.3. Em todas as prorrogações a tabela NEAD (Anexo VI) deverá ser preenchida com os dados e pontuação atual e encaminhada junto com os relatórios dos profissionais.

16. Ao final do período será emitida uma autorização constando o Plano de Cuidados em Domicílio liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais, medicamentos, dispositivos e equipamentos.

17. Os orçamentos referentes às intercorrências serão aprovados no decorrer do atendimento.

17.1. As intercorrências deverão ser informadas em forma de aditivo constando proposta orçamentária e, caso aprovadas, serão autorizadas para inclusão dentro do mês do atendimento. Aditivos solicitados fora do mês de atendimento estão sujeitos a não serem aceitos pelo CREDENCIANTE.

17.2. A necessidade de exames complementares do paciente deverá ser atendida com a orientação da Seção de Auditoria, que orientará a forma de execução. Em qualquer caso a remuneração dos exames será conforme parâmetros deste Edital quando não for possível sua realização no âmbito do PMGuTC.

18. A regulação da atenção domiciliar é realizada por meio de autorizações prévias divididas em duas modalidades:

18.1. Prorrogações; e

- 18.2. Complementares (intercorrências).
19. Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do(a) paciente serão entregues pelo CREDENCIADO na residência do(a) mesmo(a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;
20. O CREDENCIADO deverá promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado; e
21. O CREDENCIADO deverá elaborar o relatório quando houver mudança de Programa de Atenção Domiciliar e alta domiciliar pelos seguintes motivos:
- 21.1. Alta por melhora;
  - 21.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;
  - 21.3. Quando o(a) usuário(a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere este credenciamento;
  - 21.4. Ausência do responsável pelos cuidados do(a) usuário(a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CREDENCIANTE ou CREDENCIADO;
  - 21.5. Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico; e
  - 21.6. Óbito.
22. Em caso de internação ou reinternação do paciente, após a alta hospitalar, caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares, a OCS prestadora de Home Care de origem poderá dar continuidade ao atendimento, após autorização da UG-FUSEx, dando início a um novo Plano de Atenção Domiciliar.
- 22.1. O novo plano deverá seguir o mesmo trâmite da autorização inicial, ou seja, não é automático.
23. Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Comissão de Lisura e Contas Médicas do Posto Médico da Guarnição de Três Corações, tendo por base a seguinte legislação:
- 23.1. Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;
  - 23.2. Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32);
  - 23.3. Instruções Reguladoras para o fornecimento de medicamento de custo elevado e produtos médicos aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (Fusex) (EB 30-IR-10.004);
  - 23.4. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
  - 23.5. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;
  - 23.6. RDC nº 11, da ANVISA;
  - 23.7. RN nº 211, da ANS;
  - 23.8. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde;
  - 23.9. Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde;
  - 23.10. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde;
  - 23.11. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde;
  - 23.12. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde;
  - 23.13. Resolução CFM nº 1.668/2003; e

23.14. Resolução nº 270, de 18 de abril de 2002, do COFEN.

24. O CREDENCIADO deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à atenção domiciliar necessária aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada, inclusive para os casos de urgência/emergência.

24.1. Caso haja necessidade de remoção do paciente, exceto nos casos de urgência e emergência, esta será realizada prioritariamente pelo CREDENCIANTE, com utilização de ambulâncias da Escola de Sargentos das Armas. Na indisponibilidade destas, a remoção poderá ser feita pelo CREDENCIADO, desde que obedecida as seguintes diretrizes:

24.1.1. O CREDENCIADO deverá contatar a Seção de Auditoria ou a Chefia de Enfermagem do Posto Médico de Guarnição de Três Corações (PMGuTC), por meio dos telefones (35) 3239-4278 ou 3239-4128, solicitando o serviço de ambulância para a remoção do beneficiário, repassando todas as informações necessárias para sua execução;

24.1.2. Não sendo possível a remoção por parte da CREDENCIANTE, esta autorizará o CREDENCIADO a realizá-la com meios próprios, sendo remunerado com os valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos e Valores para Prestação de Serviços de Saúde ao SAMMED/FUSEX/PASS da ESA, Anexo "M" do Edital, e

24.1.3. Caso o CREDENCIADO não disponha de serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, a remoção será realizada por empresa (OCS) especialmente contratada pela CREDENCIANTE para este fim.

25. As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CREDENCIADO em até quarenta e oito horas (48h) ou 2 (dois) dias úteis ao CREDENCIANTE, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas;

25.1. O SAMMED/FUSEX/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências acima previstas;

26. Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, o CREDENCIADO deverá encaminhá-lo, preferencialmente, ao hospital conveniado do CREDENCIANTE:

26.1. O encaminhamento a OCS não credenciada será precedida de justificativa sobre eventuais impedimentos ou indicações médicas, e apenas nas hipóteses de urgência e emergência;

26.2. O CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção de Auditoria do PMGuTC ou da Seção SAMMED/FUSEX/PASS por meio do Endereço Eletrônico auditoria.fusex@yahoo.com.br ou dos telefones (35) 3239-5129 ou (35) 3239-4278

27. O CREDENCIADO, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de **Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Tratamento de Lesão de Pele (Curativos), Intervenção Específica (Medicações Parenterais), Cuidado Paliativo, Gerenciamento de Casos Crônicos** e outros Programas, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à

prestação do serviço de Atenção domiciliar à Saúde.

**27.1. Assistência Domiciliar** - indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas. Prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e assistência de fisioterapia, permitindo garantir melhoria nas atividades de vida diárias (AVD's) e maior independência funcional.

**27.2. Internação domiciliar** - indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, que se não receberem um suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. Indicada, também, em momento de término da hospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. Destinado a pacientes com incapacidade temporária ou permanente, quadro clínico complexo e que necessitam de equipamentos específicos e do acompanhamento do técnico de enfermagem. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

27.2.1. Internação domiciliar de baixa complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;

27.2.2. Internação domiciliar de média complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;

27.2.3. Internação domiciliar de alta complexidade: inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

**27.3. Procedimentos de Enfermagem** - serviços de técnico de enfermagem, sob supervisão de enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requeiram acompanhamento contínuo. Aplicado aos pacientes residentes em Três Corações, Varginha, São Sebastião do Paraíso, Guaxupé, Poços de Caldas, Alfenas, Passos, São Lourenço, Lavras e Caxambú, conforme Nota Informativa nº 1/2006, do SAS/SAMMED-4ª RM/4ªDE, de 17 de julho de 2006, dentre as áreas descritas no Anexo "P" do Edital.

**27.4. Diária de técnico de enfermagem** - estão incluídos na diária todo material de uso para a prestação do serviço, tais como: EPI e aparelhos de uso técnico-profissional individual (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro de pulso, glicosímetro e material de anotação para evolução diária). Outros materiais médico-hospitalares serão de responsabilidade do paciente. Em caso de uso da glicofita, a mesma poderá ser cobrada, lançando na evolução a devida justificativa.

**27.5. Intervenção específica** - destinado ao tratamento de doenças agudas com aplicação de medicamentos endovenosos e duração predeterminada.

**27.6. Cuidado paliativo** - visa melhorar as condições de vida dos pacientes e familiares que enfrentam situações relacionadas à doença terminal. Busca aliviar a dor, integrando aspectos psicológicos, espirituais e de suporte no cuidado do doente no final de vida.

**27.7. Tratamento de lesão de pele** - destinado aos portadores de lesões cutâneas agudas ou crônicas que necessitam de acompanhamento especializado para a realização de curativos em casa. Realizam-se visitas domiciliares para avaliação de ferida e o paciente tem o conforto e a segurança de ser acompanhado por enfermeiro e técnicos de enfermagem.

**27.8. Gerenciamento de casos crônicos** - compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e



cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

27.8.1. Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

27.8.1.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

27.8.1.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

27.8.1.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

27.8.1.4. Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

27.8.1.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

27.8.1.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

27.8.2. Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

27.8.2.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

27.8.2.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

27.8.2.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

27.8.2.4. Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

27.8.2.5. Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

27.8.2.6. Pacientes com infecções de repetição; e

27.8.2.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

27.8.3. Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:

- 27.8.3.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 27.8.3.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 27.8.3.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 27.8.3.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;
- 27.8.3.5. Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
- 27.8.3.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
- 27.8.3.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

28. O CREDENCIADO deverá realizar os treinamentos necessários aos cuidadores/acompanhantes dos pacientes a serem assistidos pela atenção domiciliar à saúde.

29. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção domiciliar à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO para atender aos beneficiários deste Termo de Credenciamento nas respectivas profissões e especialidades:

29.1. O CREDENCIADO se obriga a manter atualizada a relação acima indicada; e

29.2. Quando a equipe multidisciplinar do CREDENCIADO for constituída, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CREDENCIANTE.

30. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:

30.1. O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

30.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO; e

30.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

31. Equipara-se ao subitem 30.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.

32. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde que prestará a Atenção domiciliar ao paciente, contendo os números de telefone dos profissionais da referida equipe para os contatos que se fizerem necessários entre o paciente e/ou seu responsável com a equipe de atenção domiciliar.

33. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CREDENCIANTE às dependências do CREDENCIADO e no domicílio do

paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

34. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

35. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo SAMMED/FUSEx/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise do Serviço de Auditoria de Contas Médicas da UG-FUSEx, que decidirá pela sua autorização ou negação.

36. Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do PMGuTC.

36.1. O CREDENCIANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.

37. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº 048-DGP/2008.

38. Os tratamentos não cobertos pelo sistema SAMMED/FUSEx/PASS, conforme o Anexo "Q" do edital, não se incluem na presente contratação:

38.1. Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exames, procedimentos, materiais e afins.

39. Não será autorizada ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:

39.1. O domicílio do(a) usuário(a) apresentar difícil acesso à ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;

39.2. As condições emocionais do(a) usuário(a) ou de familiar inviabilizarem o tratamento;

39.3. Não houver aceitação ou não adaptação pelo(a) usuário(a) ou sua família às normas do programa;

39.4. Não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo(a) usuário(a), responsável ou família; e

39.5. A equipe multidisciplinar da OCS ou a UG-FUSEx entenderem inviável a implementação do programa.

40. No caso de óbito do(a) beneficiário(a), o CREDENCIADO notificará, de imediato, a Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Três Corações, por meio do telefone (35) 3239-4278 (entre 7h e 16h), nos dias úteis, ou pelo telefone (35) 3239-4128 nos demais horários, finais de semana e feriados, em regime de 24h, ou ainda pelo e-mail **fusex\_auditoria@esa.eb.mil.br**, a quem caberá tomar as providências necessárias.

41. O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.

42. A execução deste Termo de Credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno da Escola de Sargentos das Armas. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

43. O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Três Corações possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este Termo de Credenciamento.

#### **CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.**

44. Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de atenção ao paciente, segundo descrito neste Termo de Credenciamento, e serão remunerados conforme consta na Seção 8 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” do edital de credenciamento e nos valores constantes no Anexo “M” ao Edital de Credenciamento.

44.1. A diária de internação domiciliar será contada do dia imediato ao da internação, incluindo dia da alta.

45. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata, conforme o número de dias da internação domiciliar.

46. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta do item 2 do Anexo “N” ao Edital de Credenciamento, na Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde.

47. Quando se tratar de diárias, honorários, oxigenioterapia e curativos especiais serão observados os valores e as instruções constantes dos Anexos “M” e “N” do Edital de Credenciamento.

48. O CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas quando acompanhado da Guia de Encaminhamento, que comprove a prestação do serviço:

48.1. No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento, mediante assinatura de um “Termo de Compromisso” pelo beneficiário ou dependente, se comprometendo a levar a Guia de autorização ao CREDENCIADO, no período de até 48 horas, conforme modelo do Anexo VII deste Termo de Credenciamento.

49. Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão ressarcidos por parte do CREDENCIANTE.

50. Os valores vigentes na data de atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.

51. O CREDENCIADO se obriga a apresentar a fatura ao CREDENCIANTE no prazo e normas estabelecidas no item 7.12.1 do Edital de Credenciamento, na Seção de Auditoria do PMGuTC, na Escola de Sargentos das Armas (ESA), utilizando o modelo previsto no Anexo VIII deste instrumento:

51.1. O CREDENCIANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;

51.2. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Civis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

51.3. O CREDENCIADO deverá anexar às faturas as seguintes fichas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes internados:

51.3.1. Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde – constante no Anexo I deste instrumento;

51.3.2. Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde – constante no Anexo II deste instrumento;  
e

51.3.3. Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde - constante no Anexo III deste instrumento.

51.4. Todos os documentos que compõem o processo de Atendimento Domiciliar,

devem ser originais, não sendo aceitas as cópias para formalização do mesmo.

51.5. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo; e,

52. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este Termo de Credenciamento ou o edital.

#### **CLÁUSULA SEXTA - Do reajuste.**

53. Os valores decorrentes deste contrato serão definidos no anexo "M", e reajustado nos termos do Edital de Credenciamento.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - Da vigência.**

54. O termo de credenciamento terá vigência de \_\_\_\_\_ meses, com a possibilidade de prorrogação anual, respeitada a vigência fixada no item "3" do edital de credenciamento.

55. O CREDENCIADO dará início aos serviços na data da assinatura deste termo de credenciamento (contrato).

#### **CLÁUSULA OITAVA - Da dotação orçamentária.**

56. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente Termo de Credenciamento serão os seguintes:

56.1. Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0151000000 - 0270120350 - 0270270013 - 0270270037, Programa de Trabalho Resumido 171497 - 171498 - 171499 - 171500 e Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D5SACIVEMPO - D8SAFCTOCSA - D8SAECBOCSA - D8SACIVOCSA - D8SAFUSOCSA, no valor definido no SIAFI - Tipo: Empenho Estimativo.

#### **CLÁUSULA NONA - Da responsabilidade civil.**

57. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.

58. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Termo de Credenciamento.

59. O CREDENCIADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - Das sanções.**

60. As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 12 - "DAS SANÇÕES" - do edital de credenciamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da rescisão.**

61. O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 - "DA RESCISÃO" - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Das obrigações do CREDENCIANTE.**

62. As obrigações constam da Seção 10 - "OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE" - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Das obrigações do CREDENCIADO.**

63. As obrigações constam da Seção 11 - "OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS" - do edital de credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- Da negação de remuneração a militares.**

64. O militar, estando na ativa, não poderá receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Termo de Credenciamento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Do valor do contrato.**

65. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste Termo de Credenciamento terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo Posto Médico da Guarnição de Três Corações, nos contratos anteriores.

65.1. O valor estimado deste Termo de Credenciamento deverá ser tratado apenas como dado estatístico, fruto da evolução da despesa no período citado, bem como forma de determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste instrumento;

65.2. O valor estimado deste Termo de Credenciamento não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período;

65.3. O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do Termo de Credenciamento a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666/1993, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Do foro.**

66. O foro para dirimir questões relativas ao presente Termo de Credenciamento será o do município de Varginha/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

67. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 4 (quatro) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Três Corações/MG, (dia), (mês), (ano).

*Pelo CREDENCIANTE:*

\_\_\_\_\_  
**Nome completo - Cel**

CPF:

Ordenador de Despesas da ESA

*Pelo CREDENCIADO:*

---

**Nome completo**

CPF:

Representante legal da OCS

**TESTEMUNHAS:**

*Pelo CREDENCIANTE:*

---

**Nome completo**

CPF:

*Pelo CREDENCIADO:*

---

**Nome completo**

CPF:

**ANEXO I**  
**CONTROLE DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE**  
**SAMMED/FuSEx/PASS**

Mês: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Especialista (*) [Fisioterapia, p.ex.]	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

(\*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive médico, supervisão de enfermagem, fisioterapia e outros.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Cadastrado



**ANEXO II****CONTROLE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE - SAMMED / FUSEX**

Mês de referência: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Equipe de Enfermagem	Período de			Assinatura do
	Noite/	Data	Horário	

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Supervisor de Enfermagem**

**ANEXO III**  
**CONTROLE DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE**  
**SAMMED/FuSEx/PASS**

Mês: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

<b>Descrição do Material/Medicamento</b>	<b>Data</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Assinatura do Paciente/Responsável</b>

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Supervisor de Enfermagem**

**ANEXO IV**  
**LISTA - ÍNDICE DE GLOSA**

<b>TABELA DE GLOSAS DO FuSEx</b>			
1	Atendimento não caracterizando urgência	41	Material incluso no procedimento
2	Acomodação acima da autorizada	42	Material não coberto (ver relação anexa)
3	Atendimento por médico militar	43	Material não justificado para o caso
4	Cobrança de mais 30% em dia e hora normais	44	Material não utilizado
5	Cobrança de 30% não caracterizando urgência ou emergência	45	Material reutilizável - pagamento parcial
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	46	Medicação não considerada de urgência
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
8	Data de atendimento fora seqüência na planilha	48	Medicação em excesso
9	Data de atendimento fora da competência	49	Medicação não justificada para o caso
10	Diagnóstico ilegível	50	Medicação não prescrita
11	Diárias em excesso	51	Medicação não utilizada
12	Diárias fora da tabela acordada	52	Medicamento acima do preço de mercado
13	Documento sem assinatura / carimbo do médico assistente	53	Medicamento não coberto
14	EPI de responsabilidade do prestador	54	Medicamento suspenso
15	Especialidade não autorizada	55	Paciente não é beneficiário FuSEx
16	Evento incluso no pacote acordado	56	Prescrição médica com rasura ou ilegível
17	Evento que não comporta cobrança	57	Prestador desCREDENCIADO
18	Exame não prevê cobrança de contraste	58	Procedimentos/exames em excesso
19	Exames sem laudo	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
20	Exames/procedimentos não requisitados	60	Procedimento/exame em duplicidade
21	Falta discriminação dos serviços executados	61	Procedimento/exame não coberto
22	Falta registro de evolução médica e/ou de enfermagem	62	Procedimento/exame não realizado
23	Fatura sem separar (FuSEx - Servidor Civil - Fator de Custos)	63	Prontuário/ficha/boletim ilegíveis
24	Filme - cobrança em desacordo com CBR	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	65	Retorno de consulta

26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	66	SADT/exames fora da tabela acordada
27	Guia autorizada para outro prestador	67	Sem autorização p/ procedimento ou exame
28	Guia de encaminhamento fora da validade	68	Sem diagnóstico
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	69	Sem guia/ofício de encaminhamento
30	Guia autorizada para outro beneficiário	70	Solicitação médica com data rasurada
31	Guia autorizada para outro procedimento	71	Solicitação com data posterior ao exame
32	Guia sem carimbo de autorização	72	Solicitação médica com data vencida
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	73	Solicitação médica sem data
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	74	Soma errada - cálculo
35	Justificar cobrança	75	Taxas fora da tabela acordada
36	Material ou Medicamento adquirido por familiar a seu critério	76	Taxas indevidas ou em excesso
37	Material acima do preço de mercado	77	Visita hospitalar em duplicidade
38	Material de alto custo sem nota fiscal	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
39	Material em excesso	79	Visita de especialista sem autorização prévia
40	Material fixo	80	Outros

**Observação:** Quando o CREDENCIANTE glosar, total ou parcialmente, as contas do CREDENCIADO, utilizando o item 80, fará constar no Relatório de Glosa o motivo da glosa por escrito.

**ANEXO V****TERMO ADESÃO AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

1. Eu, \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, declaro que recebi todas as informações, previstas na legislação vigente e determinadas pelas normas de funcionamento do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (FUSEx), sobre o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, executado pela Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada.
2. É de meu conhecimento o funcionamento e características do mesmo, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e a necessidade de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pela aquisição dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento e não fornecidos pela UG FUSEx.
3. Tenho conhecimento que a definição de condutas e tipo de cuidados a serem incluídos no Programa, será feita pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e normas da UG FUSEx.
4. É de meu conhecimento que devo solicitar ao Técnico de Enfermagem o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.
5. Tenho ciência de que o Sr.(a) \_\_\_\_\_  
Prec/CP: \_\_\_\_\_ pode se desligar do programa a qualquer momento por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que o programa poderá ser suspenso ou reduzido ao desmame pela OCS ou pela UG-FuSEx da ESA conforme classificação dos critérios clínicos a partir da tabela NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar Assistência Domiciliar, Anexo VI do Termo de Credenciamento (contrato)).
6. Tenho conhecimento que, embora utilizando-se a tabela NEAD na decisão para enquadramento do paciente no programa, deve se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar. O contexto familiar será analisado no que diz respeito à presença de pessoa capacitada para entender e assumir a responsabilidade pelo paciente, ambiente equilibrado e espaço adequado à acomodação do paciente, bem como rota de fuga em caso de evacuação para o ambiente hospitalar. Não cabe analisar o contexto familiar sob o ponto de vista financeiro ou logístico do responsável pelo paciente.
7. Além do acima citado, constituem situações que ensejam a suspensão dos serviços de Atenção Domiciliar:
  - a) Necessidade de reinternação por agravamento do caso;
  - b) Alta domiciliar;

- c) Óbito do paciente;
  - d) Evolução para condições que impeçam o processo normal de atendimento;
  - e) Descumprimento de orientações terapêuticas e sociais;
  - f) Descumprimento das normas que regem este regulamento;
  - g) Desligamento do beneficiário do FUSEx;
  - h) Ausência do cuidador.
- 8.** Estou ciente que o paciente com atendimento no Programa de Assistência Domiciliar, poderá ser atendido pela rede de Credenciados do SAMMED/FUSEx/PASS da UG-FuSEx da ESA.
- 9.** O Paciente com atendimento reduzido do desmame, com demanda única de dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.
- 10.** A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais, desta forma, havendo demanda isolada de oxigenioterapia, o equipamento deve ser alugado podendo ser solicitado o ressarcido parcial pelo FuSEx (com autorização prévia) ou adquirido gratuitamente na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 11.** Compreendo que o Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente, não faz parte das atividades do Técnico exercer funções domésticas tais como limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.
- 12.** A necessidade da presença do Auxiliar/Técnico de Enfermagem seria apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como administrar medicações por via parentais, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que podem ser realizados pelo cuidador.
- 13.** A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, sob o código - 5162-10 e considera que o cuidador pode ser um familiar ou pessoa contratada, que auxilia o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo cuidador são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir se e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de cuidador, cabe a família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.
- 14.** Estou ciente que caso haja suspensão do serviço de Atenção Domiciliar, devo devolver todo material medicamento, equipamento e dietas a OCS conveniada que está prestando o serviço.
- 15.** Estou ciente sobre qual conduta adotar em caso de necessidade de atendimento de urgência/emergência.
- 16.** Informo que o cuidador indicado é o Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (grau de parentesco), que está ciente e de acordo com as incumbências desta indicação.

- 17.** Tendo compreendido e concordado com todos os itens deste Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar, assinam abaixo: beneficiário, representante legal ou familiar responsável acima identificado.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável  
Nº identidade  
Nº CPF

## ANEXO VI

## TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (NEAD)

## TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

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

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

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

46/014



**ANEXO VII****TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome do titular do FuSEx: \_\_\_\_\_  
Nome do dependente (paciente): \_\_\_\_\_  
PrecCp: \_\_\_\_\_  
Especialidade atendida: \_\_\_\_\_  
Data de atendimento: \_\_/\_\_/\_\_ Hora de emissão: \_\_/\_\_/\_\_  
Telefone de contato do responsável: \_\_\_\_\_

Declaro que fui atendido(a), em caráter de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA pela OCS (especificar o nome da OCS), e me comprometo a providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis, a contar da data do atendimento, a Guia de Encaminhamento (Autorização).

Estou ciente que o não cumprimento deste termo acarretará o pagamento integral das despesas realizadas, conforme Capítulo III da Urgência e Emergência previstas nas Instruções Reguladoras para Assistência Médico Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38):

“Art. 20. O FuSEx não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas nos arts. 18 e 19 da IR 30-38.”

Assinatura do beneficiário ou responsável

**A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde /OCS**

Horário limite para a troca do tempo para a Guia autorizada do FuSEx \_\_\_\_\_

Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada.

**ANEXO VIII - CAPA DE FATURA**

**Este modelo de capa de fatura deverá ser adaptado para um papel timbrado da OCS ou do PSA credenciado.**

Razão Social (OCS) ou Nome completo (PSA): _____					
CNPJ: 00.000.000/0001-00					
Endereço completo, inclusive com o CEP.					
Telefones		Modalidade do beneficiário assistido:			É CASO DE ÓBITO?
Endereço e-mail		FATOR DE CUSTOS	<input type="checkbox"/> PASS	<input type="checkbox"/> AERONÁUTICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

  

Ordem			beneficiário	(R\$)	s
1	180919	15/01/1822	Luís Alves de Lima e Silva	84,00	
2	311575	31/03/1973	Carlos Antônio Napion	160,00	
3	357891	01/04/2050	João C. Vilagran Cabrita	320,00	
...	...	...	...	...	
TOTAL				564,00	

Declaro que todos os dados constantes neste romaneio foram elaborados e conferidos por mim, correspondendo fielmente aos serviços prestados pela (Razão Social da OCS ou Nome completo do PSA) aos beneficiários do SAMMED/FUSEX/PASS.

Três Corações/MG, (dia) de (mês) de 2021.

Assinatura (ou rubrica):

\_\_\_\_\_  
 (Nome completo)  
 Responsável pela confecção da fatura