

ANEXO I – Minuta de Termo de Credenciamento de Atenção Domiciliar à saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

CRENCIANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/EXÉRCITO BRASILEIRO/ 2º BATALHÃO FERROVIÁRIO

CRENCIADO: Organização Civil de Saúde Especializada em Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde.

OBJETO: Prestação de serviços de Atenção domiciliar à saúde.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: ____/____/____

VALOR ESTIMADO: _____.

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: _____.

CRENCIAMENTO Nr____: originado do PCS/Inex 01/20__ – SAMMED / FUSEx.

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do **2º BATALHÃO FERROVIÁRIO**, Organização Militar do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Rua Professora Lourdes Naves, 750, bairro Santo Antônio, CEP 38.444-900, nesta cidade, inscrito no **CNPJ/MF** sob o nº **07.565.863/0001-55** (UG Primária) e **07.565.863/0002-36** (UG Secundária), representada neste ato mediante o senhor, _____, Tenente Coronel, **Comandante e Ordenador de Despesas**, desta Organização Militar, Identidade nº (_____), MD/MS, CPF 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 CREDENCIADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da seguinte legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

1. A finalidade deste Credenciamento 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 Civas de Saúde (OCS) Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde na(s) modalidade(s) 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, 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 abaixo delimitados:

1.1. As equipes multidisciplinares de Atenção Domiciliar à Saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo, necessários à prestação dos serviços contratados.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do 2º Batalhão Ferroviário, de _____ de _____ de 20____, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

3. A presente contratação fundamenta-se no inciso IV, art. 74 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 – inexistência de licitação.

CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

4. As condições gerais de execução dos serviços constam do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

4.1. Estabelecer como prioridade de eleição da Atenção Domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

4.1.1. Idosos;

4.1.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

4.1.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

4.1.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

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

4.2.1. A indicação da Atenção Domiciliar deve ser realizada pelo médico que acompanha o paciente durante seu tratamento. Esta indicação deve conter um relatório médico, padronizado neste credenciamento como anexo IV, histórico clínico e pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

4.2.2. A indicação da Atenção Domiciliar citada no item 4.2.1, deverá ser avaliada pelo Serviço de Auditoria de Contas Médicas da Unidade. Para comprovação da necessidade do suporte técnico no ambiente domiciliar, deverá ainda ser realizada uma visita ao paciente (auditoria concorrente), verificando a adequação da solicitação médica.

4.2.3. 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 e orçamentária, além de um Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio para o paciente.

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

4.2.4.1. dados de identificação (paciente e responsável);

4.2.4.2. diagnósticos;

4.2.4.3. histórico clínico do paciente;

4.2.4.4. medicamentos em uso;

4.2.4.5. avaliação de dependência;

- 4.2.4.6. avaliação do sistema tegumentar;
- 4.2.4.7. exame físico;
- 4.2.4.8. avaliação da dor;
- 4.2.4.9. avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário);
- 4.2.4.10. recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos);
- 4.2.4.11. enquadramento no Programa de Atenção Domiciliar, utilizando-se critérios clínicos a partir da tabela NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar-padronizado neste credenciamento como anexo V. 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.

4.3. 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 CREDENCIADA 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 CREDENCIADA.

4.3.1. Observação:

- 4.3.1.1. As sessões solicitadas por cada profissional deve seguir o padrão abaixo para autorização:
- 4.3.1.2. Médico -1 visita mensal;
- 4.3.1.3. Fisioterapeuta (motora /respiratória) - 3 sessões semanais;
- 4.3.1.4. Fonoaudiologia- 2 sessões semanais;
- 4.3.1.5. Psicologia - 1 sessão semanal;
- 4.3.1.6. Terapeuta Ocupacional - 2 sessões semanais;
- 4.3.1.7. Assistência Social - 1 visita mensal.

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

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

4.4. 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, 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 de um Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar - Anexo VI.

4.5. 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.

4.6. Aprovado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio e a proposta orçamentária, e de posse do Termo Adesão da 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 credenciamento firmado entre a UG FuSEx e o CREDENCIADO.

4.7. O Serviço de Auditoria de Contas Médicas 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;

4.8. 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;

4.9. 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;

4.10. O Serviço de Auditoria de Contas Médicas do FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário 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;

4.11. 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:

4.11.1. Autorização será válida para no máximo 30 dias;

4.11.2. 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;

4.11.2.1. 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;

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

4.12. 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;

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

4.13.1. 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.

4.14. A regulação da atenção domiciliar é realizada através de autorizações prévias divididas em duas modalidades:

4.14.1. Prorrogações; e

4.14.2. Complementares (intercorrências).

4.15. 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;

4.16. 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

4.17. O CREDENCIADO deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:

4.17.1. Alta por melhora;

4.17.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

4.17.3. Quando o (a) usuário (a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere este credenciamento;

4.17.4. Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CREDENCIANTE ou CREDENCIADO;

4.17.5. Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico; e

4.17.6. Óbito.

4.17.7. 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.

4.18. Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Comissão de Lisura e Contas Médicas do FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário, tendo por base a seguinte legislação:

4.18.1 Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;

4.18.2 Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32);

4.18.3 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);

4.18.4 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

4.18.5 Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;

4.18.6 RDC nº 11, da ANVISA;

4.18.7 RN nº 211, da ANS;

4.18.8 Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde;

4.18.9 Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde;

4.18.10 Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde;

4.18.11 Portaria nr 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde;

4.18.12 Portaria nr 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde;

4.18.13 Resolução CFM nº 1.668/2003; e

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

5 O CREDENCIADO deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à Atenção Domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Civil de Saúde (OCS) CREDENCIADA. A remoção poderá também ser prestada pelo serviço próprio do CREDENCIADO, devendo ser devidamente justificada.

5.1 A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

5.1.1 De responsabilidade do CREDENCIADO, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes na tabela de valores vinculada a este Termo de Credenciamento e

5.1.2 De responsabilidade do CREDENCIANTE, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento;

5.1.3 Neste caso, a CREDENCIADA deverá solicitar ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas.

6 As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser

comunicadas por parte do CREDENCIADO em até 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;

6.1. O FuSEx/SAMMED/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;

7 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:

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

7.2 O CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário, via telefone: (34) 3690-5084 e ou por e-mail "fusex@2bfv.eb.mil.br".

8 O CREDENCIADO, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Atenção 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:

8.1 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.

8.2 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:

8.2.1 Internação domiciliar de baixa complexidade: Incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;

8.2.2 Internação domiciliar de média complexidade: Incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;

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

8.3 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 Araguari e Uberlândia.

8.4 Intervenção Específica: Destinado ao tratamento de doenças agudas com aplicação de medicamentos endovenosos e duração predeterminada.

8.5 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.

8.6 Tratamento de Leão 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.

8.7 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:

8.7.1 Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

8.7.1.1 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;

8.7.1.2 Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

8.7.1.3 Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

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

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

8.7.1.6 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.

8.7.2 Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

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

8.7.2.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

8.7.2.3 Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

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

8.7.2.6 Pacientes com infecções de repetição; e

8.7.2.7 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.

8.7.3 Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:

- 8.7.3.1 Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 8.7.3.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 8.7.3.3 Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 8.7.3.4 Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;
- 8.7.3.5 Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
- 8.7.3.6 Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
- 8.7.3.7 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.

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

10 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 credenciamento nas respectivas profissões e especialidades:

10.1 O CREDENCIADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e

10.2 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.

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

11.1 O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

11.2 O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO; e

11.3 O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

12 Equipara-se ao subitem 11.3, o profissional de saúde integrante de pessoa

jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.

13 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.

14 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.

15 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.

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

17 Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do FuSEx 2º Batalhão Ferroviário:

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

18 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 DGP-48/2008.

19 Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo "R" do edital, não se incluem na presente contratação:

19.1 Caso solicitado, o CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.

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

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

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

20.3 Não houve aceitação ou não adaptação pelo (a) usuário (a) ou sua família

às normas do programa;

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

20.5 A equipe multidisciplinar da OCS ou a UG-FuSEx entenderem inviável a implementação do programa.

21 No caso de óbito do beneficiário, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a Auditoria do FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário, através do telefone (34) 3690-5084 e/ou por e-mail "fusex@2bfv.eb.mil.br", a quem caberá tomar as providências necessárias.

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

23 A execução deste credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno do 2º Batalhão Ferroviário. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

24 O Serviço de Auditoria do FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este credenciamento.

CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.

25 Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 8 "DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO" constante do edital vinculado a este Termo de Credenciamento.

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

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

27 A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas , Anexos "M" e "N" ao instrumento convocatório vinculado a este Termo de Credenciamento vinculado a este edital.

28 Quando se tratar de materiais e medicamentos, oxigenioterapia e curativos serão observados os valores e as instruções constantes da Anexos "M" e "N" ao instrumento convocatório vinculado a este Termo de Credenciamento vinculado a este edital.

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

29.1 No caso de comprovada urgência e (ou) emergência o beneficiário poderá ser atendido independentemente de encaminhamento.

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

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

32 O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE, entre o 1º (primeiro) e o 5º (quinto) dia do mês subsequente ou em até 30 dias, na Seção Administrativa do FuSEx/2ºBFV, a fatura, em 02 (duas) vias de igual teor, em nome do 2º Batalhão Ferroviário, Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do SAMMED/FuSEx/PASS, relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, número de matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do FuSEx (número de cartão FuSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do FuSEx, código das tabelas acordadas, valor em R\$ (reais) e relatório de conferência (espelho):

32.1 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;

32.2 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;

32.3 O CREDENCIADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes no programa de Atenção Domiciliar, conforme os modelos que seguem anexados a este credenciamento:

32.3.1 Anexo I: Controle de Atendimento dos Profissionais de Atenção Domiciliar à Saúde;

32.3.2 Anexo II: Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Atenção Domiciliar à Saúde; e

32.3.3 Anexo III: Controle de Materiais/Medicamentos de Atenção Domiciliar à Saúde.

32.3.3.1 Todos os documentos que compõem o processo de Atendimento Domiciliar, devem ser originais, não sendo aceitas as cópias para formalização do mesmo.

32.3.3.2 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,

32.3.3.3 Aceita a documentação, dentro do prazo acima fixado, a mesma será recebida por meio de termo circunstanciado assinado pelas partes.

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

33.1 O Setor de Lisura do FuSEx/2º BFV possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentar relatório de glosa, contado a partir do término do prazo do subitem 36.5;

33.2 O CREDENCIADO poderá interpor representação, nos termos do art. 165, da Lei nº 14.133/2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CREDENCIANTE, conforme a Lista Referencial de Glosa do 2º Batalhão Ferroviário, Anexo VII desta Minuta, dentro do prazo de 03 (três) dias úteis:

33.2.1 Caso o Setor de Lisura reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento prosseguirá seu curso; e,

33.2.2 Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Chefe da Seção Administrativa do FuSEx/2º BFV, observado o procedimento posto nos arts 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

CLÁUSULA SEXTA – Do reajuste.

34 Os valores decorrentes deste credenciamento são reajustáveis, conforme item 9 do Edital.

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

35 Os contratos celebrados com fundamento no presente Edital terão sua vigência limitada até o 30º dia do mês de junho do ano atual, e poderão ser prorrogados pelo prazo de 12 (doze) meses, até o limite de 60 (sessenta) meses, contados da data da primeira publicação do Edital.

35.1 O presente credenciamento será prorrogável.

36 O CREDENCIADO dará início aos serviços no dia ____ de _____ de 20____ ou na data de assinatura do credenciamento, caso posterior a aquele termo.

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

37 Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente credenciamento constam do Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, 0250270037 – 0250270013 – 0100000000, Programa de Trabalho Resumido 089047 – 89046 – 88960 – 88962, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SAFCTOCSA – D8SAECBOCSA – D8SACIVOCSA – D8SAFUSOCSA.

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

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

39 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 Credenciamento.

40 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.

41 As sanções aplicáveis restam previstas na Seção 12 – “DAS SANÇÕES” - do edital de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

42 O presente credenciamento poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13– “DA RESCISÃO” - do edital de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do credenciante.

43 As obrigações constam da Seção 10 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do Edital Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do credenciado.

44 As obrigações constam da Seção 11 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do Edital Credenciamento.

45 CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– Da negação de remuneração a militares.

46 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 QUINTA – Da subcontratação.

47 É permitida à CREDENCIADA subcontratar parte dos serviços objeto deste Credenciamento, em relação às empresas ora relacionadas:

48 O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

49 A subcontratação não liberará o CREDENCIADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

49.1 É vedado à CREDENCIADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do credenciamento.

50 O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste credenciamento terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo FuSEx do 2º Batalhão Ferroviário, nos credenciamentos anteriores.

50.1 O valor estimado deste 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 credenciamento;

50.2 O valor estimado deste 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;

50.3 O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do credenciamento a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no art. 125 da Lei nº 14.133/2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do foro.

51 O foro para dirimir questões relativas ao presente Credenciamento será o do município de Uberlândia-MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

52 E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 02 (duas) 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.

Araguari-MG, ____ de _____ de 20__.

MILITAR NA FUNÇÃO

Ordenador de Despesas do 2º BFv/11ª RM
Credenciante
Identidade Nr
CPF:

NOME

Representante Legal
Identidade Nr
CPF:

NOME

Testemunha
Identidade Nr
CPF:

NOME

Testemunha
Identidade Nr
CPF:

ANEXO I à Minuta de Credenciamento de OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

Controle de Atendimento dos Profissionais de Atenção Domiciliar à Saúde

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Nome do Profissional (*)	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

(*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive médico, supervisão de enfermagem e outros. A ausência do carimbo, implicará em não aceitação do documento.

Assinatura do Profissional/Carimbo

ANEXO II à Minuta de Credenciamento de OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

Controle de Atendimento da Equipe de Técnico da Enfermagem de Atenção Domiciliar

Credenciante: FUSEx BH (ID/IE)						
Nível de Complexidade	Início do Turno	Término do Turno	Tipo do Turno	Nome do Profissional	Assinatura do Profissional/Carimbo	Assinatura Paciente
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par/Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par/Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par/Dia			

Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par/Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par/Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Par /Noite			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Dia			
Plantão _____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	Impar /Noite			

Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo

ANEXO III à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à
Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

Controle de Atendimento de Materiais / Medicamentos de Atenção Domiciliar à

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Descrição do Material/Medicamento	Data	Quantidade

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO IV à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde

RELATÓRIO MÉDICO À DESHOSPITALIZAÇÃO

Caro(a) Doutor(a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para casos que tenham necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar. É importante reforçar que somente os cuidados básicos e suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para Atenção Domiciliar.

Observações

1. Caso o paciente receba alta sem a liberação da operadora de saúde, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise da operadora.

1	Endereço para Atendimento:			
	Cidade:	Matrícula/PrecCp	Estado:	
2	Cuidado Domiciliar prévio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Telefones para Contato: Nome do Responsável:	
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:		Data prevista para Alta Hospitalar:	
4	Possui Cuidador identificado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5	Diagnósticos:			
6	Antecedentes:			
	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> IRC Dialítica
	<input type="checkbox"/> AVCi	<input type="checkbox"/> AVCh	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> IRC Não Dialítica	<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar
7	Estado Clínico Atual:			
8	Grau de Atividade de Vida Diária:			
	<input type="checkbox"/> Dependente Total	<input type="checkbox"/> Dependência Parcial	<input type="checkbox"/> Independente	
9	Recursos Humanos Sugeridos:			
	<input type="checkbox"/> Enfermagem	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Médico	
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Respiratória	<input type="checkbox"/> Fisioterapia Motora	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	
	<input type="checkbox"/> Outro Profissional:			

10	Suporte Ventilatório:	Aspiração de Vias Aéreas _____x/dia	Traqueostomia		
		Ventilação Mecânica	Cateter Nasal		
		Oxigênio: _____l/min	Intermitente	Contínuo	
		BIPAP / CPAP:	Intermitente	Contínuo	
11	Terapia Nutricional:	SNE/SNG/Oral	NPT		
		Gastrostomia	Jejunostomia		
12	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	Medicação, Dosagem e Frequência da Administração:			
		EV	IM	SC	
		Acesso Venoso:	Periférico	Central	Tipo:
		Data Início: _____	Data Término: _____		
		SVA intermitente _____x/dia	SVD	Diálise Peritoneal	
		Cistostomia	Ileostomia	Colostomia	
13	Necessita de Remoção:	Condução Própria	Ambulância Simples	Ambulância UTI	
		Observações:			
Data ____ / ____ / ____		_____ Médico (Carimbo e CRM Legível)			

ANEXO V à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



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

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE				
Elegibilidade ao Atendimento Domiciliar			SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?				
O domicílio é livre de risco?				
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?				
Se responder “NÃO” a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.				
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR				
	Perfil de Internação Domiciliar			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 OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS	
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE	
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO	
				PONTUAÇÃO FINAL:
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas		De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)		18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

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

ANEXO VI à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à
Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

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 da UG FUSEx conforme classificação dos critérios clínicos a partir da tabela NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar Assistência Domiciliar, Anexo V.

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.

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.

6. Estou ciente que o paciente com atendimento no Programa de Assistência Domiciliar, poderá ser atendido pela rede de Credenciados do FUSEx.

7. O Paciente com atendimento reduzido do desmame, com demanda única de dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.
8. A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais, desta forma, havendo demanda isolada de oxigenoterapia, o equipamento deve ser alugado podendo ser solicitado o ressarcido parcial pelo FUSEx (com autorização prévia) ou adquirido gratuitamente na rede do SUS.
9. 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.
10. 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.
11. 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 credenciada, 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.
12. 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.

13. Estou ciente sobre qual conduta adotar em caso de necessidade de atendimento de urgência/emergência.

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.

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
Identidade Nr:
CPF:

Anexas cópias autenticadas:
Carteira de Identidade do paciente/ beneficiário
Cartão FUSEx do paciente/ beneficiário
Comprovante de residência

ANEXO VII à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

LISTA REFERENCIAL DE GLOSA DO 2º BATALHÃO FERROVIÁRIO

Nr	MOTIVO	Nr	MOTIVO
1	Atendimento não caracterizando urgência	42	Material não coberto (ver relação anexa)
2	Acomodação acima da autorizada	43	Material não justificado para o caso
3	Atendimento por médico militar	44	Material não utilizado
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	45	Material reutilizável – pagamento parcial
5	Cobrança de 30 % não caracterizada urgência ou emergência	46	Medicação não considerada de urgência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	48	Medicação em excesso
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha	49	Medicação não justificada para o caso
9	Data de atendimento fora da competência	50	Medicação não prescrita
10	Diagnóstico ilegível	51	Medicação não utilizada
11	Diárias em excesso	52	Medicamento acima do preço de mercado
12	Diárias fora da tabela acordada	53	Medicamento não coberto
13	Documento sem assinatura/ carimbo do médico assistente	54	Medicamento suspenso
14	EPI de responsabilidade do prestador	55	Paciente não é beneficiário FUSEX/PASS
15	Especialidade não autorizada	56	Prescrição médica com rasura ou ilegível

16	Evento incluso no pacote acordado	57	Prestador descredenciado
17	Evento que não comporta cobrança	58	Procedimento/exames em excesso
18	Exame não prevê cobrança contraste	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
19	Exame sem laudo	60	Procedimento/exame em duplicidade
20	Exames/procedimentos não requisitados	61	Procedimento/exame não coberto
21	Falta de discriminação dos serviços executados	62	Procedimento/exame não realizado
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	63	Prontuário/ficha/boletim ilegível
23	Fatura sem separar (FUSEx – PASS – Fator de Custo)	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
24	Filme –cobrança em desacordo com CBR	65	Retorno de consulta
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	66	SADT/exames fora da tabela acordada
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	67	Sem autorização para procedimento ou exame
27	Guia autorizada para outro prestador	68	Sem diagnóstico
28	Guia de encaminhamento fora da validade	69	Sem guia/ofício de encaminhamento
29	Guia não autorizada pelo FUSEx	70	Solicitação médica com data rasurada
30	Guia autorizada para outro beneficiário	71	Solicitação com data posterior ao exame
31	Guia autorizada para outro procedimento	72	Solicitação médica com data vencida
32	Guia sem carimbo de autorização	73	Solicitação médica sem data
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	74	Soma errada – cálculo
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	75	Taxas fora da tabela acordada
35	Justificar cobrança	76	Taxas indevidas ou em excesso
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	77	Visita hospitalar em duplicidade
37	Material acima do preço de mercado	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
38	Material de alto custo sem nota fiscal	79	Visita de especialista sem autorização prévia
39	Material em excesso	80	Cobrança de código sobreposto

40	Material fixo	81	Recurso fora do prazo
41	Material incluso no procedimento	82	Outros

5. Observações:

5.1. Quando o CREDENCIANTE glosar, total ou parcialmente, as contas do CREDENCIADO, utilizando o item 82, fará constar no Relatório de Glosa o motivo da glosa por escrito.