**ANEXO I – Minuta do Termo de Contrato de Atenção Domiciliar à Saúde**

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/EXÉRCITO BRASILEIRO/ 34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO

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

OBJETO: Prestação de serviços de assistência domiciliar à saúde.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA:

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÂO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº:

CONTRATO Nr____:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do **34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Av. República Argentina, 593 - Centro, Foz do Iguaçu - PR, CEP 85864-005, inscrita no CNPJ sob o n° 09.562.143/0002-42, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, xxxxxxxxxx – [inserir posto], portador da cédula de identidade n° _____, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o n° _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o n° _____, 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 _____, inscrito no CPF sob o n°_____ , residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da seguinte legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

## 1. CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

1.1. A finalidade deste 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 abaixo delimitados:

1.1.1. 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.

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2.1. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento **nº 01/2025** do 34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

## 3. CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

3.1. A presente contratação fundamenta-se nos artigos 74, *caput* e 79 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

## 4. CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

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

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

4.1.1.1. Idosos;

4.1.1.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

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

4.1.1.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

4.1.2. 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:

4.1.2.1. 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, nos termos do Anexo IX, deste Contrato, em que consta histórico clínico e torna o pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

4.1.2.2. A indicação da Atenção Domiciliar citada no item 4.2.1, deverá ser avaliada pelo Serviço de Auditoria Médica da UG FuSEx. 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 e os critérios técnicos.

4.1.2.3. Verificada a pertinência da indicação da Atenção Domiciliar, o profissional auditor, preferencialmente enfermeiro(a) com especialização na área,

deverá solicitar ao CONTRATADO 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 CONTRATADO tem um prazo de 48 (quarenta e oito) horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação.

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

4.1.2.4.1. dados de identificação (paciente e responsável);

4.1.2.4.2. diagnósticos;

4.1.2.4.3. histórico clínico do paciente;

4.1.2.4.4. medicamentos em uso;

4.1.2.4.5. avaliação de dependência;

4.1.2.4.6. avaliação do sistema tegumentar;

4.1.2.4.7. exame físico;

4.1.2.4.8. avaliação da dor;

4.1.2.4.9. avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário);

4.1.2.4.10. recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos);

4.1.2.4.11. avaliação do domicílio; e

4.1.2.4.12. 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 contrato como anexo IX. 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.

4.1.3. 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 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

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

4.1.3.1.1. Médico – 1 visita mensal;

4.1.3.1.2. Fisioterapeuta (motora/respiratória) – 3 sessões semanais;

4.1.3.1.3. Fonoaudiologia – 2 sessões semanais;

4.1.3.1.4. Psicologia – 1 sessão semanal;

4.1.3.1.5. Terapeuta ocupacional – 2 sessões semanais;

4.1.3.1.6. Assistência Social – 1 visita mensal.

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

4.1.3.3. Todo profissional da CONTRATADA deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente presente no domicílio.

4.1.4. 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 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 de um Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar, constante do anexo X deste contrato.

4.1.5. 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.

4.1.6. 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 contrato firmado entre a UG FuSEx e o CONTRATADO.

4.1.7. A Seção de Auditoria Médica Externa competirá realizar os contatos com a equipe multiprofissional do CONTRATADO para eventuais alterações no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio proposto, respeitando os preceitos éticos estabelecidos por parte do Conselho Federal de Medicina.

4.1.8. 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.

4.1.9. A desmobilização da Atenção Domiciliar à Saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada e previamente acordada, até a alta da Atenção Domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do Plano de Terapêuticos de Cuidados em Domicílio.

4.1.10. A Seção de Auditoria Médica Externa 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.

4.1.11. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio do paciente admitido deve ser revisado pelo CONTRATADO 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:

4.1.11.1. Autorização será válida para no máximo 30 dias;

4.1.11.2. As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CONTRATANTE no 20º (vigésimo) dia de cada mês, para o período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período.

4.1.11.2.1. 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 CONTRATANTE poderá não autorizar o atendimento.

4.1.11.2.2. Quando houver curativos, deverá estar anexado e relatório padrão para curativos da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) ou médico (a) responsável, conforme constante do anexo XI do contrato. 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.

4.1.12. 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.

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

4.1.13.1. 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 CONTRATANTE.

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

4.1.14.1. Prorrogações; e

4.1.14.2. Complementares (intercorrências).

4.1.15. Os materiais e medicamentos, quando não disponibilizados pela UG FuSEx, necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo CONTRATADO na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

4.1.16. O CONTRATADO 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

4.1.17. O CONTRATADO deverá elaborar o relatório quando houver mudança de Programa de Atenção Domiciliar e alta domiciliar pelos seguintes motivos:

4.1.17.1. Alta por melhora;

4.1.17.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

4.1.17.4. Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CONTRATANTE ou CONTRATADO;

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

4.1.17.6. Óbito.

4.1.17.7. 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.

4.1.18. Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Seção de Auditoria Médica Externa, tendo por base a seguinte legislação:

4.1.18.1. Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;

4.1.18.2. Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (EB10-IG 02.032), 2ª edição,2022;

4.1.18.3. Portaria nº 117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57);

4.1.18.4. Nota informativa nº 001 D Sau, de 13 outubro de 2011;

4.1.18.5. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

4.1.18.6. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;

4.1.18.7. RDC nº 11, da ANVISA;

4.1.18.8. RN nº 211, da ANS;

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

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

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

4.1.18.12. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde;

4.1.18.13. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde;

4.1.18.14. Resolução CFM nº 1.668/2003; e

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

4.2. O CONTRATADO 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) CONTRATADA. A remoção poderá também ser prestada pelo serviço próprio do CONTRATADO, devendo ser devidamente justificada, conforme relatório padrão - anexo VIII.

4.2.1. 5.1 A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

4.2.1.1. De responsabilidade do CONTRATADO, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos Hospitalares do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, para contratos de credenciamento – **Anexo "N"** e/ou **"O"** do Edital; e

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

4.2.1.3. Neste caso, a CREDENCIADA deverá solicitar autorização à Seção de Auditoria Médica Externa.

4.3. As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CONTRATADO em até 2 (dois) dias úteis ao CONTRATANTE, 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.

4.3.1.1. O CONTRATANTE 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.

4.4. Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, o CONTRATADO deverá encaminhá-lo, preferencialmente, a rede própria da UG FuSEx, na indisponibilidade do serviço, ao CONTRATANTE irá indicar o hospital conveniado para encaminhamento do beneficiário.

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

4.4.2. O CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FUSEx do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado via telefone: (45) 99990-9701 e por e-mail auditoria@34bimec.eb.mil.br e fusex@34bimec.eb.mil.br.

4.5. O CONTRATADO 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:

4.5.1. 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.

4.5.2. 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:

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

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar treinamento de cuidador/acompanhante para as atividades da vida diária, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, aparelho de pressão, termômetro, oxímetro de dedo e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (mensal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fsioterapeuta e nutricionista

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

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) o mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (quinzenal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista.

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

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) mobiliário hospitalar para o período contratado, fornecido pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (semanal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista.

4.5.3. 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 nos Municípios de Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Cascavel, Toledo, Corbélia, Santa Tereza D'Oeste, todos localizados no estado do Paraná, e demais interessados em municípios localizados a uma distância de até 200 km da Guarnição de Foz do Iguaçu-PR.

4.5.4. Atendimentos Pontuais: destinados ao tratamento de problemas agudos que demandam cuidados, com duração predeterminada. Exemplo: curativos, medicação endovenosa e sessões de fisioterapia a paciente com restrições graves de mobilidade que o impedem de se deslocar à rede credenciada ou à OMS.

4.5.5. 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.

4.5.6. Tratamento de Lesões 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.

4.5.7. Gerenciamento de Casos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, da educação dos pacientes, de seus familiares e dos 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:

4.5.7.1. Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

4.5.7.1.1. 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;

4.5.7.1.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

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

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

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

4.5.7.1.6. 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.

4.5.7.2. Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

4.5.7.2.1. 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;

4.5.7.2.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

4.5.7.2.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

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

4.5.7.2.6. Pacientes com infecções de repetição; e

4.5.7.2.7. 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.

4.5.7.3. Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:

4.5.7.3.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

4.5.7.3.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

4.5.7.3.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

4.5.7.3.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

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

4.5.7.3.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e

4.5.7.3.7. 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.

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

4.6.1.1. O CONTRATADO se obriga a apresentar ao CONTRATANTE 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 CONTRATADO para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades.

4.6.2. O CONTRATADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e

4.6.3. Quando a equipe multidisciplinar do CONTRATADO 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 CONTRATANTE.

4.7. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional do próprio CONTRATADO, entendendo-se como:

4.7.1.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;

4.7.1.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO; e

4.7.1.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.

4.8. Equipara-se ao subitem 4.7.1.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CONTRATADO.

4.9. 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.

4.10. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO e no domicílio do paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.

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

4.12. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUSEx/SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise da Seção de Auditoria Médica Externa da UG FUSEx, que decidirá pela sua autorização ou negação.

4.13. Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria Médica Externa da UG FUSEx.

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

4.14. É vedada a prescrição de tratamento ou outros procedimentos, bem como aqueles que partam da iniciativa do próprio beneficiário, conforme estabelece o art. 9º da Portaria nº DGP/C Ex-508/2024 (EB30-IR-20.038).

4.15. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo “S” do edital, não se incluem na presente contratação:

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

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

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

4.16.2. As condições emocionais do (a) usuário (a) ou de familiar inviabilizam o tratamento;

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

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

4.16.5. A equipe multidisciplinar do CONTRATADO ou a UG-FUSEx entenderem inviável a implementação do programa.

4.17. No caso de óbito do beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, Seção de Auditoria Médica Externa da UG FUSEx, através do telefone **(45) 99990-9701** e e-mail auditoria@34bimec.eb.mil.br e fusex@34bimec.eb.mil.br, a quem caberá tomar as providências necessárias.

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

4.19. A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

4.20. A Seção de Auditoria Médica Externa da UFG FUSEx possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

5.1. Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de Atenção ao paciente, segundo descrito neste contrato, e serão remunerados conforme o item 8 – "DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO" constante do edital de credenciamento.

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

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

5.4. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta nos Anexos **"N"** e/ ou **"O"** do Edital.

5.5. Quando se tratar de diárias, honorários, equipamentos, serviços, oxigenioterapia, dietas, descartáveis, medicamentos e curativos especiais serão observados os valores e as instruções constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde, Anexos **"N"** e/ ou **"O"** do Edital.

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

5.6.1. 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 Hospital, no período de até 48 horas, conforme modelo do Anexo VII deste Contrato.

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

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

5.9. O CONTRATADO se obriga a apresentar ao CONTRATANTE, até o **10º (décimo) dia do mês subsequente**, na Seção de Auditoria Médica Externa do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, a fatura, em 01 (uma) via de igual teor, em nome do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do SAMMED/FuSEx/PASS com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, pedido médico original homologado pelo médico militar, a relação de materiais e medicamentos gastos 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 da Lista Referencial de Odontologia – Anexo I deste Termo de Contrato, pacote adotado, valor de R$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos.

5.9.1. O CONTRATANTE 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;

5.9.2. O CONTRATADO 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;

5.9.3. O CONTRATADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes internados, conforme os modelos que seguem anexados a este contrato:

5.9.3.1. Anexo II: Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde;

5.9.3.2. Anexo III: Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde; e

5.9.3.3. Anexo IV: Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde.

5.9.3.4. Anexo V: Controle do Fornecimento de Fórmula Nutricional Industrializada na Atenção Domiciliar (Dietas ou Suplementos Especializados).

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

5.9.3.4.2. O CONTRATANTE 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,

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

5.9.4. O Credenciante realizará glosa total administrativa das guias de encaminhamento apresentadas com prazo acima de 60 (sessenta) dias da data de sua emissão ou mais de 45 (quarenta e cinco) dias após a data de finalização do atendimento, o que ocorrer por último.

5.10. A Credenciada terá o prazo de até 72 (setenta e duas) horas úteis para disponibilizar os prontuários para a equipe de auditoria da UG FuSEx do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, a contar da data de entrada da fatura no protocolo da Seção de Auditoria Externa da UG FuSEx do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, e

5.11. Será realizada a glosa administrativa total das contas, nos casos em que não forem cumpridos o

prazo definido no subitem 5.9.4.

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

5.13. Eventuais glosas, totais ou parciais, serão realizadas em até 30 (trinta) dias corridos, a contar da data de recebimento das faturas. As faturas serão auditadas e verificadas eventuais inconformidades, e os valores, parcial ou totalmente glosados, serão informados à CREDENCIADA, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos. Através do Relatório de Glosas, via correio eletrônico (lisura@34bimec.eb.mil.br; auditoria@34bimec.eb.mil.br), ofício ou contato telefônico.

5.13.1. A glosa parcial da fatura não impede o pagamento de sua porção incontroversa, independente de solicitação ou recurso do CREDENCIADO.

5.13.2. O CREDENCIADO terá o prazo de **05 (cinco) dias corridos** para notificar o recebimento do Relatório de Auditoria do CREDENCIANTE, por meio do correio eletrônico **(lisura@34bimec.eb.mil.br; auditoria@34bimec.eb.mil.br)**.

5.13.3. O recurso relativo à glosa poderá ser apresentado pelo CREDENCIADO em até **20 (vinte) dias corridos** após o recebimento da notificação da CREDENCIANTE das Razões da Glosa.

5.13.4. A CREDENCIANTE deverá responder ao recurso de glosa apresentado pelo CREDENCIADO, no prazo máximo de **20 (vinte) dias corridos**.

5.14. A glosa poderá ocorrer em qualquer etapa do processo de auditoria, seja na etapa prévia, concorrente e/ou pós-auditoria. Esta poderá ser aplicada mediante conhecimento técnico-científico e evidências comprobatórias, tabelas, bulas e valores constantes no Edital e seus anexos. Cabendo ao CREDENCIADO o direito do contraditório, sendo respeitados os prazos previstos no item 5.13.3.

5.14.1. Todo esse processo de glosa, relatório escrito e recurso de glosa poderão ser suprimidos quando a análise for realizada in loco, caso em que eventuais divergências serão discutidas e compensadas no mesmo momento, à luz do prontuário, presentes os auditores do CREDENCIANTE e da CREDENCIADA. Nesse caso, uma vez que a análise seja acordada e assinada por ambas as partes não caberá mais qualquer forma de recurso.

5.15. Toda situação anormal, que impossibilite ou prejudique o pagamento das despesas, será imediatamente informada ao CREDENCIADO.

5.16. A emissão da Nota Fiscal será autorizada por meio do e-mail fusex@34bimec.eb.mil.br.

5.16.1. A Nota Fiscal deverá ser emitida com os seguintes dados:

Nome do órgão responsável: **34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
Endereço: **Av. República Argentina, 593**
CEP: **85864-005**
MUNICÍPIO/ESTADO: **Foz do Iguaçu/PR**
CNPJ OU CPF: **09.562.143/0002-42**

5.17. A Administração deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas e/ou indenizações devidas por parte do CREDENCIADO.

5.17.1. O desconto de qualquer valor no pagamento devido ao CREDENCIADO será precedido de processo administrativo em que será garantido o contraditório e a ampla defesa, com os recursos e meios que lhes são inerentes.

5.18. É vedado ao CREDENCIADO transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes do contrato.

**6. CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.**

6.1. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 9 "DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS" do edital de credenciamento.

**7. CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.**

7.1. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei n° 14.133, de 2021.

**8. CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.**

8.1. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato serão os seguintes:

ND 339036 e 339039.

Fonte: 0100000000, 0151000000, 0250270037, 0250270013, 1005000142 e 1123000000.

Programa de Trabalho:

05.302.0637.2887.0001 (manutenção dos serviços hospitalares e odontológicos – nacional) – FuSEx;

05.302.0637.2059.0001 (atendimento médico-hospitalar/fator de custo – nacional) - SAMMED;

05.301.0750.2004.0001 (assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes – nacional) - PASS;

05.302.0637.20G5.0001 (Assistência Médico Hospitalar ao Ex-Combatentes da Força Expedicionária Brasileira (FEB) – nacional - SAMEx-Cmb;

Elemento de Despesa: 33.90.36, 33.90.39, 33.90.93 e 36.91.47;

PI: D8SAFUSOCSA, D8SAFUSPRSA, D8SAFCTPRSA, D8SAECBOCSA, D8SAFCTOCSA, D8SAECBOCSA, D8SACIVOCSA e D5SACIVEMPO.

**9. CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.**

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

9.2. 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 Contrato.

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

**10. CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.**

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

**11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.**

11.1. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 – "DA RESCISÃO" - do

edital de credenciamento.

**12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.**

12.1. As obrigações constam da Seção 10 – "OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE" – do edital de credenciamento.

**13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.**

13.1. As obrigações constam da Seção 11 – "OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS" – do edital de credenciamento.

**14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– Da negação de remuneração a militares.**

14.1. 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 Contrato.

**15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.**

15.1. É permitida à CONTRATADA subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

15.1.1. Objeto – exames laboratoriais – pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Anamneses Laboratoriais Ltda.;[ex.inserir se tiver subcontrato]

15.1.2. Et Cetera.[ex: inserir se tiver subcontrato]

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

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

*Nota Explicativa: O órgão assessorado poderá permitir que o CONTRATADO subcontrate parte do objeto, desde que, no momento da contratação, haja definição quanto a empresa em espécie, assim como a pessoa jurídica subcontratada.*
*Deverá ser observado, de forma razoável, o impedimento de subcontratar a totalidade do objeto, conforme jurisprudência do Tribunal de Contas da União (Acórdão nº 554/2005 – Plenário; Acórdão nº 247/2005 Plenário; e, Decisão 351/2002 – Plenário, caso líder).*
*Ademais, em caso de subcontratação do objeto, esta deve efetivar-se somente após verificado o atendimento a todas as condições de habilitação constantes do edital e impostas às concorrentes que participaram do evento.*
*Por fim, a subcontratação deverá estar vinculada a serviços que por sua especialização requeiram o emprego de pessoas jurídicas ou físicas especialmente habilitadas.*
*OU*
53. É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

**16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.**

16.1. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado, nos contratos anteriores.

16.1.1. O valor estimado deste contrato 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 contrato;

16.1.2. O valor estimado deste contrato 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;

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

## 17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD

17.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa.

17.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD.

17.3. É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei.

17.4. A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de sub-operação firmados ou que venham a ser celebrados pelo Contratado.

17.5. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do contratado eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações.

17.6. É dever do contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD.

17.7. O Contratado deverá exigir de sub operadores e subcontratados o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

17.8. O Contratante poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

17.9. O Contratado deverá prestar, no prazo fixado pelo Contratante, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

17.10. Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos.

17.10.1. Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD.

17.11. O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD.

17.12. Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

**18. <u>CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro.</u>**

18.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de Foz do Iguaçu/PR, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

18.2. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, 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.

Foz do Iguaçu- PR, XX de XXXXXXX de 20XX.

Pelo CONTRATANTE:

_____

Ordenador de Despesas do 34º Batalhão de Infantaria Mecanizado

Pelo CONTRATADO:

_____

Representante legal

**TESTEMUNHAS:**

1 - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

(nome e CPF)

2 – xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

(nome e CPF)

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**SERVIÇOS CONTRATADOS CONFORME ANEXO "N" e/ou "O" DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO**

ANEXO II à Minuta de Contrato de OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Controle de Atendimento dos Profissionais na Atenção Domiciliar**

**Mês:** _____

**Nome do Paciente:** _____

**Prec - CP / SIAPE/ CPF:** _____

| 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.**

**(*) O preenchimento da planilha não substitui a necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.**

_____

**Assinatura do Profissional/Carimbo**

ANEXO III à Minuta de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar - SAMMED / FuSEx**

**Mês:** _____

**Nome do Paciente:** _____

**Prec - CP / SIAPE/ CPF:** _____

| Nível de Complexidade | Início do Turno | Término do Turno | Tipo do Turno | Nome do Profissional | Assinatura do Profissional /Carimbo | Assinatura do Paciente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Plantão_____ hs | ___/___/___ - _____ hs | ___/___/___ - _____ hs | diurno | | | |
| Plantão_____ hs | ___/___/___ - _____ hs | ___/___/___ - _____ hs | noturno | | | |

*** O preenchimento da planilha não substitui a necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar, nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.**

_____

**Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo**

ANEXO IV à Minuta de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde ANE

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Controle de Materiais e de Medicamentos Disponibilizados na Atenção Domiciliar**

**Mês:** _____

**Nome do Paciente:** _____

**Prec - CP / SIAPE/ CPF:** _____

| Descrição do Material/Medicamento | Nº Registro ANVISA | Lote | Validade | Qtd | Data da entrega |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

_____

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO V à Minuta de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Controle do Fornecimento de Fórmula Nutricional Industrializada na Atenção Domiciliar (Dietas ou Suplementos Especializados)**

**Mês:** _____

**Nome do Paciente:** _____

**Prec - CP / SIAPE/ CPF:** _____

| Descrição (Nome da fórmula) | Nº Registro ANVISA | Lote | Validade | Qtd | Data da entrega |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**(*)** O controle de entrega dos materiais e dos medicamentos deverá ser auditado pela Unidade Gestora em visita no domicílio.

_____

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO VI à Minuta de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Lista de Referencial de Glosa**

| TABELA DE GLOSAS | | | |
|---|---|---|---|
| 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 sequência 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 desCONTRATADO |
| 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 para 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 incluídas 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 VII à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**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 pelo Hospital_____, 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 previstas nas Instruções Gerais, Instruções Reguladoras para Assistência Médico Hospitalar aos Beneficiários do Sistema de Saúde do Exército:

"Art. 19. O SAMMED não se responsabilizará ou não ressarcirá as despesas com AMH, em OCS não contratada ou não conveniada, caso não seja comprovada a urgência ou a emergência do atendimento inicial prestado ao beneficiário ou, ainda, não tenham sido cumpridas as providências previstas nos art. 17 e 18 da EB30-IR-20.038."

"Art. 13 § 3º O beneficiário do SAMMED indenizará integralmente a despesa, caso não cumpra o estabelecido no inciso I do § 1º, deste artigo, ou caso não fique comprovada a situação de urgência médica e/ou emergência médica, conforme disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo (IG-02.031)".

"Art. 72. A PASS não se responsabiliza ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e (ou) a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências previstas aos art.70 e 71 das IR 30-57".

Assinatura do beneficiário ou responsável

Continuação do ANEXO VII à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

| **A ser preenchido pela Organização Civil de Saúde /OCS** |
| --- |
| Horário limite para a troca do tempo para a Guia autorizada do SAMMED/SAMMED FuSEx e PASS_____<br><br>Srs. Beneficiários, a troca somente será realizada dentro do prazo e horários estabelecidos acima.<br><br>Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)<br><br>OBS: O hospital ficará com o termo original e o responsável pelo paciente ficará com a cópia a ser trocada. |

ANEXO VIII à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Ficha de Remoção de Paciente**

| FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE | |
|---|---|
| NOME DO PACIENTE:_____DN:____/_____/_____<br>PREC - CP/ SIAPE/ CPF: _____ | |
| MOTIVO DO DESLOCAMENTO:<br>DOMICÍLIO/ HOSPITAL ( )<br>HOSPITAL/DOMICÍLIO ( )<br>OUTROS_____ | DATA DO DESLOCAMENTO:<br>_____/_____/_____ |
| TIPO DE AMBULÂNCIA:<br>UTI ( )<br>BÁSICA ( ) | |
| ENDEREÇO DA ORIGEM:<br>RUA:_____ BAIRRO:_____CIDADE:_____<br>HORA DA SAÍDA:____:____ HR KM INICIAL:<br><br>ENDEREÇO DO DESTINO (OCS):<br>RUA:_____BAIRRO:_____<br>CIDADE: _____<br>HORA DA CHEGADA: ____:_____ HR KM FINAL: | |
| KM RODADO: | HORA PARADA: |
| EQUIPE: _____<br>CONDUTOR: _____<br>TÉCNICO DE ENFERMAGEM:_____ COREN: _____ | |

ENFERMEIRO:_____
COREN:_____
MÉDICO:_____ CRM: _____

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

_____
_____
_____

DATA DD/MM/AA:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ANEXO IX à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Relatório Médico para Desospitalização**

<table>
<tr><td>1</td><td colspan="9">Nome do paciente: _____ DN:_____/_____/____<br>Matrícula/Prec-Cp:_____<br>Endereço para atendimento _____<br>Nome do responsável: _____<br>Telefone: (  ) _____</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td rowspan="2">Cuidado Domiciliar Prévio:</td><td></td><td colspan="7">Sim</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">Não</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Tempo previsto para Atenção Domiciliar:</td><td colspan="8">Data prevista para alta hospitalar: ____/____/____</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td rowspan="2">Possui Cuidador identificado?</td><td></td><td colspan="7">Sim</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">Não</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="9">Diagnósticos:</td></tr>
<tr><td rowspan="5">6</td><td colspan="9">Antecedentes:</td></tr>
<tr><td></td><td>Demência</td><td></td><td>Parkinson</td><td></td><td>Alzheimer</td><td></td><td>IRC Dialítica</td><td></td><td>IRC Não Dialítica</td></tr>
<tr><td></td><td>AVCi</td><td></td><td>AVCh</td><td></td><td>DM</td><td></td><td>HAS</td><td></td><td>ICC</td></tr>
<tr><td></td><td>IAM</td><td></td><td>DPOC</td><td></td><td>Asma</td><td></td><td colspan="3">Fibrose Pulmonar</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="8">Outro(s):</td></tr>
<tr><td>7</td><td colspan="9">Estado clínico atual:</td></tr>
</table>

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| 8 | Grau de Atividade de Vida Diária: | | | | | | | |
| | | Totalmente dependente | | Parcialmente dependente | | Independente | | |
| 9 | Recursos Humanos sugeridos: | | | | | | | |
| | | Enfermagem | | Nutrição | | Médico | | |
| | | Fisioterapia Respiratória | | Fisioterapia Motora | | Fonoterapia | | |
| | | Outro Profissional: | | | | | | |
| 10 | Suporte Ventilatório: | | Aspiração de Vias Aéreas _____ x/dia | | Traqueostomia | | | |
| | | | Ventilação Mecânica | | Cateter Nasal | | | |
| | | | Oxigênio: _____1/min | | Intermitente | | Contínuo | |
| | | | BIPAP: | | Intermitente | | Contínuo | |
| | | | Nebulização: | | Intermitente | | Contínuo | |
| 11 | Terapia Nutricional: | | SNE/SNG/Oral | | NPT | | | |
| | | | Gastrostomia | | Jejunostomia | | | |
| | | Em caso de dieta especializada (indicar a dieta, volume e modo de administração): _____ Justificar:_____ _____ | | | | | | |
| 12 | Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade: | Medicação: | | | | | | |
| | | Via de administração: | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | Intramuscular | Intravenosa | Via oral | Outros: | | |
| | | Dose prescrita: | | | | | | |
| | | Frequência: | | | | | | |
| | | Acesso Venoso: | | Periférico | Central | Outros: | | |
| | | Data Início: ____/____/____ | | | Data Término: ____/____/____ | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SVA intermitente ____ x/dia | | SVD | | Diálise Peritoneal |
| | | | Cistostomia | | Ileostomia | | Colostomia |
| | | Necessita Curativos: | | | Sim | | Não |
| | | Local dos curativos: | | | | | |
| | | Características da lesão: | | | | | |
| | | Materiais de uso para curativos: | | | | | |
| 13 | Necessita Remoção: | | Condução Própria | | Ambulância Simples | | Ambulância UTI |
| Observações: | | | | | | | |
| Data _____/_____/_____<br><br>Médico (Carimbo e CRM legível) | | | | | | | |

ANEXO X à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar**

Data da Avaliação: _____/_____/_____

Nome do Paciente:_____

Matrícula/ Prec/Cp: _____ Idade: _____

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 a Atenção Domiciliar. | | |

| GRUPO 2 - CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR | | | |
|---|---|---|---|
| | Perfil de Internação Domiciliar | | |
| | 24 HORAS | 12 HORAS | **ATENDIMENTO DOMICILIAR /OUTROS PROGRAMAS** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | EUTRÓFICO | | SOBREPESO/ EMAGRECIDO | | OBESO/DESNUTRIDO | | |
| ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL | | SEM AUXÍLIO | | ASSISTIDA | | GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA | **3** | **POR SNG/SNE *** |
| KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2) | | INDEPENDENTE | | PARCIALMENTE DEPENDENTE | | TOTALMENTE DEPENDENTE | | |
| INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO | | 0 - 1 INTERNAÇÃO | | 2 - 3 INTERNAÇÕES | | > 3 INTERNAÇÕES | | |
| ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES | | AUSENTE | | ATÉ 5 VEZES AO DIA | | MAIS DE 5 VEZES AO DIA | | |
| LESÕES | | NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO | | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU | | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SIMPLES | | ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO | | |
| MEDICAÇÕES | | VIA ENTERAL | | INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA *** | | INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE |
| EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS | | AUSENTE | | INTERMITENTE | | |
| USO DE OXIGENIOTERAPIA | | AUSENTE | | INTERMITENTE | | CONTÍNUO |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | ALERTA | | CONFUSO/ DESORIENTADO | | COMATOSO |
| PONTUAÇÃO FINAL: | | | | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | | |
| Até 5 Pontos | Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicações 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 | |

ANEXO XI à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Termo de 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 SSEx, sobre o funcionamento da Atenção Domiciliar, a ser executado por Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada.

2. Tive acesso ao Relatório de Avaliação Inicial, realizado por _____ _____, e à Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO), realizada pela OCS credenciada e aprovada pela Unidade Gestora.

3. É de meu conhecimento o funcionamento e as características da Atenção Domiciliar, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pelo recebimento dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento, fornecidos pela OCS credenciada ou, quando for o caso, dietas e insumos fornecidos pela Unidade Gestora.

4. Tenho conhecimento de que as definições das condutas e dos tipos de cuidados a serem incluídos na Atenção Domiciliar serão feitas pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e as normas estabelecidas em legislação vigente.

5. É de meu conhecimento que devo solicitar à equipe multiprofissional o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.

6. Tenho ciência de que o Sr.(a) _____ _____, Prec-CP _____ poderá ser excluído da Atenção Domiciliar a qualquer momento, por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que a Atenção Domiciliar poderá ser suspensa ou reduzida ao desmame pela OCS ou pela Unidade Gestora, conforme classificação dos critérios clínicos a partir da Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar (Anexo A).

Além da ciência das situações supracitadas, constituem outras situações que ensejam a exclusão da Atenção Domiciliar:

I - melhora do quadro clínico;

II - recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

III - não preenchimento de qualquer dos requisitos previstos nestas Normas;

IV - ausência do responsável pelos cuidados do paciente, durante a Atenção Domiciliar, comprovada pela equipe multiprofissional da OCS ou pela Unidade Gestora;

V - internação ou reinternação hospitalar devido à piora do quadro clínico;

VI - perda da condição de beneficiário do SSEx;

VII - obstaculização, por qualquer motivo, da equipe da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da UG de realizar as visitas periódicas para fins de acompanhamento do beneficiário no domicílio;

VIII - óbito.

7. Tenho conhecimento que, embora utilizando-se a Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar para a decisão de enquadramento do beneficiário para a admissão à Atenção Domiciliar, deverá ser também considerada a real necessidade de cuidados requeridos e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

8. Estou ciente de que o beneficiário com atendimento pela Atenção Domiciliar, cujo serviço é prestado por equipe multiprofissional sem o técnico de enfermagem, poderá ser atendido pela rede contratada do SSEx.

9. O beneficiário em processo de desmame, em que a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) passa a abranger apenas dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do produto, visto que o objetivo da Atenção Domiciliar é fornecer assistência e não somente insumo.

10. Compreendo que o técnico de enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o beneficiário, e que não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas, tais como: limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

11. A necessidade da presença do auxiliar/técnico de enfermagem é 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 deverão ser realizados pelo Cuidador.

12. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162-10, podendo ser exercida por um familiar ou pessoa contratada. Visa auxiliar o paciente em suas necessidades e nas atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo Cuidador são: auxílio no banho, na movimentação, na alimentação, nos cuidados de higiene, em se vestir e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de Cuidador. Cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.

13. Beneficiário que se encontre sob os cuidados de clínicas geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são inelegíveis para o programa de Atenção Domiciliar. As clínicas geriátricas são estabelecimentos de saúde que contam com equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais) e cuidadores.

14. Os beneficiários que necessitem somente dos aparelhos (ex: CPAP, entre outros) para tratar a apneia do sono e diversas doenças respiratórias, deverão adquirir o equipamento por meio de requerimento junto à Unidade Gestora, excetuando-se para os beneficiários da PASS. Estes aparelhos não são fornecidos sozinhos no programa de Atenção Domiciliar.

15. Estou ciente que, caso haja exclusão do serviço de Atenção Domiciliar, devo devolver todo material, medicamento, equipamento e dietas à OCS conveniada que está prestando o serviço.

16. 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 para inclusão na Atenção Domiciliar, assinam abaixo: beneficiário, representante legal ou familiar responsável, acima identificado.

Anexar cópias:

a. Carteira de Identidade do beneficiário; e

b. Cartão FuSEx/PASS/Ex Cmb do beneficiário /Comprovante de residência.

_____

Paciente ou responsável

Identidade Nr:

CPF:

ANEXO XII à Minuta de Termo de Contrato para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA**
**EXÉRCITO BRASILEIRO**
**34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO**
**"Batalhão República do Paraguai"**

**Relatório Padrão de Curativos**

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome _____

Prec - CP /SIAPE/CPF:_____ DN: ___/___/____

Telefone de contato_____

Endereço_____

Cuidador ou responsável:_____

2. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO

a. LOCALIZAÇÃO: _____

b. ESTÁGIO:

| | |
|---|---|
| | Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece |
| | Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme |
| | Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total |
| | Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular |
| | Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível |
| | Tissular Profunda: Coloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece |

c. TIPOS DE TECIDO ENCONTRADO

| | |
|---|---|
| Granulação: | (  ) % _____ |
| Necrose de Liquefação (esfacelo): | (  ) % _____ |
| Necrose de Coagulação (escara): | (  ) % _____ |
| Exposição de tendões e fáscia muscular: | (  ) % _____ |
| Exposição óssea: | (  ) % _____ |

d. AVALIAÇÃO DE INFECÇÃO E QUANTIDADE DE SECREÇÃO

| | |
|---|---|
| | Infecção leve: |
| Presença de duas ou mais manifestações de infecção, porém a área de eritema ao redor é menor ou igual a 2 cm e a infecção é limitada à pele ou ao tecido subcutâneo. Não existem outras manifestações de complicação local ou sintomas sistêmicos. | |
| | Infecção moderada: |
| Infecção que apresenta ao menos uma das seguintes características: celulite/eritema maior do que 2 cm, presença de linfangite, acometimento de fáscia superficial, abscesso em tecido profundo, envolvimento de tendões e musculatura | |
| | Infecção grave: |
| Paciente com sintomas de toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (como febre, calafrio, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave). | |

e. MEDIDAS DA LESÃO (tamanho e profundidade)

_____

_____

f. REGISTRO FOTOGRÁFICO (anexos)

_____

_____

g. CUIDADOS COM A FERIDA (descrição dos materiais, quantidades e periodicidade de troca)

_____

_____

h. Observações:

_____

_____

_____

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro e data da avaliação

**FERIDAS E SUAS CLASSIFICAÇÕES**

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo. As feridas são classificadas segundo diversos parâmetros, que auxiliam no diagnóstico, evolução e definição do tipo de tratamento, tais como cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas.

**CIRÚRGICAS** – provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica, podem ser:

● Incisivas: perda mínima de tecido;

● Excisivas: remoção de áreas de pele.

**TRAUMÁTICAS** – feridas provocadas acidentalmente por agentes:

● Mecânicos: como um prego, espinho ou por pancadas;

● Físicos: como temperatura, pressão, eletricidade;

● Químicos: ácidos ou soda cáustica, por exemplo;

● Biológicos: contato com animais ou penetração de parasitas.

**ULCERATIVAS** – lesões escavadas, circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele até músculos. As úlceras são classificadas conforme as camadas de tecido atingido:

● Estágio I: pele avermelhada, não rompida, mácula eritematosa bem delimitada, atingindo epiderme;

● Estágio II: pequenas erosões na epiderme ou ulcerações na derme. Apresenta-se normalmente com abrasão ou bolha;

● Estágio III: afeta derme e tecido subcutâneo;

● Estágio IV: perda total da pele atingindo músculos, tendões e exposição óssea

Fonte:Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Janeiro/2021. disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf