

ANEXO I - MINUTA DO TERMO DE CONTRATO DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

CREDENCIANTE: UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA / EXÉRCITO BRASILEIRO / COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR.

CREDENCIADO: _____

OBJETO: Prestação de serviços de Atenção domiciliar aos beneficiários do FuSEx.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: _____

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: _____.

CONTRATO Nr ____: originado do PCS/INEX _____ – SAMMED/ FuSEx do Edital _____ – CEL/ FuSEx

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Av. Raja Gabáglia, nº 450, Bairro Gutierrez, Belo Horizonte – MG, CEP: 30.441-070, inscrita no CNPJ sob o nº 09.576.937/0001-84 - 09.576.937/0002-65, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas 2, _____ – _____, portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIANTE, de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o _____, estabelecida na _____, Nº _____, Bairro _____, CEP: _____, Belo Horizonte – MG, neste ato representada pelo Sr. _____, portador da cédula de identidade nº _____, expedida pela _____, 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 Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

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, Internação Domiciliar, Suporte Básico, 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 Comando da 4ª Região Militar, de 25 de novembro de 2024, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

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

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 seguir um Relatório Médico para Desospitalização, nos termos do Anexo IV deste contrato, em que consta histórico clínico e torna o 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 e os critérios técnicos.

4.2.3. Verificada a pertinência da indicação da Atenção Domiciliar o profissional auditor, preferencialmente Enfermeiro (a), deverá solicitar ao CREDENCIADO um relatório de Avaliação Inicial, que estabelecerá de forma qualificada a Proposta Terapêutica Orçamentária, além de um Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio para o paciente. O CREDENCIADO tem um prazo de 48 horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação.

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. avaliação de viabilidade do atendimento no domicílio;
- 4.2.4.12. 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 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;
- 4.2.4.13. objetivos e metas para o tratamento proposto.

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 apenas 1 (uma) sessão inicial para que o profissional indicado pela empresa CREDENCIADO 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 CREDENCIADO.

4.4. O número de sessões, por categoria profissional, será autorizado mediante justificativa detalhada dos benefícios e resultados de acordo com a necessidade do paciente.

- 4.4.1.** Havendo necessidade do profissional aumentar a quantidade das seções, este deverá solicitar um aditivo da UG FuSEx mediante relatório com justificativa.
- 4.4.2.** Todo profissional da OCS CREDENCIADA, deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente presente no domicílio.
- 4.5.** 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 - Anexo VI.
- 4.6.** 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 se evitarem riscos, geração de conflitos e ocorrências de falhas técnicas e burocráticas.
- 4.7.** 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 CREDENCIADO.
- 4.8.** Ao 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;
- 4.9.** 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;
- 4.10.** 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;
- 4.11.** O Serviço de Auditoria de Contas Médicas do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte 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;
- 4.12.** 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:
- 4.12.1.** Autorização será válida para no máximo 30 dias;
- 4.12.2.** 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;
- 4.12.2.1.** 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;

4.12.2.2. 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. 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.

4.13. 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.

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

4.14.1. As intercorrências deverão ser informadas em forma de aditivo constando proposta orçamentária e, caso aprovadas, serão autorizadas para inclusão dentro do mês do atendimento, preferencialmente em, no máximo, 72 horas após a ocorrência. Aditivos solicitados fora do mês de atendimento estão sujeitos a não serem aceitos pelo CREDENCIANTE.

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

4.15.1. Prorrogações; e

4.15.2. Complementares (intercorrências).

4.16. Nos casos de internação domiciliar, as UG/FuSEX deverão solicitar autorização da prorrogação mensal e emitir obrigatoriamente uma Guia de Encaminhamento para o período autorizado. (DIEx nº 2316-DRAS/Sub Dir Sau / D Sau – CIRCULAR, de 24 de julho de 2023).

4.17. 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;

4.18. 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

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

4.19.1. Alta por melhora;

4.19.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

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

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

4.19.6. Óbito.

4.19.7. Em caso de internação ou reinternação do paciente, após a alta hospitalar, caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares, a OCS prestadora dos Cuidados Domiciliares de origem poderá dar continuidade ao atendimento, após autorização da UG

FuSEx, dando início a um novo Plano de Atenção Domiciliar.

- 4.20.** Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Comissão de Lisura e Contas Médicas do Posto Médico de Guarnição de Belo Horizonte, tendo por base a seguinte legislação:
- 4.20.1.** Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;
 - 4.20.2.** Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32);
 - 4.20.3.** 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);
 - 4.20.4.** Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
 - 4.20.5.** Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;
 - 4.20.6.** RDC nº 11, da ANVISA;
 - 4.20.7.** RN nº 211, da ANS;
 - 4.20.8.** Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde;
 - 4.20.9.** Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde;
 - 4.20.10.** Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde;
 - 4.20.11.** Portaria nr 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde;
 - 4.20.12.** Portaria nr 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde;
 - 4.20.13.** Resolução CFM nº 1.668/2003; e
 - 4.20.14.** 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. Conforme relatório padrão (anexo VII).
- 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 no item 8.13 do Edital 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, o CREDENCIADO 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 de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, via telefone: (31) 3508-9874 e ou por e-mail adfusex@gmail.com.

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, além da visita do enfermeiro, equipamentos e outras taxas;

8.2.2. Internação domiciliar de média complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia, além da visita do enfermeiro, equipamentos e outras taxas;

8.2.3. Internação domiciliar de alta complexidade: inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, além da visita do enfermeiro, equipamentos e outras taxas.

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 Belo Horizonte e demais municípios regidos pelo Comando da 4ª Região Militar.

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

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, 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 sequela 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 contrato nas respectivas profissões e especialidades:

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

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 Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte:

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 a Portaria - DGP/C Ex Nº 508, de 12 Nov 24.

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 houver 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, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, a Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, através do telefone (31) 3508-9874 e/ou por e-mail adfusex@gmail.com, 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 contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno do Comando da 4ª Região Militar. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.

24. O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte 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.

CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.

25. Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de Atenção ao paciente, segundo descrito neste contrato, e serão remunerados com base nos valores constantes da **Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, Anexo N do Edital:**

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, consta do item 8 da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, Anexo N do Edital.

28. Quando se tratar de materiais e medicamentos, oxigenioterapia e curativos serão observados os valores e as instruções constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte - Anexo N do Edital ou na Lista Referencial de Materiais e Dietas do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte - Anexo T do Edital.

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

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

31. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE, as faturas, contados a partir do atendimento prestado, no prazo de **30 (trinta dias)**, podendo ser apresentadas antes do prazo limite para agilizar o processo de pagamento.

31.1. As Guias de Encaminhamento deverão ser apresentadas no protocolo da Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte/ MG, assinadas pelo beneficiário após o atendimento, em 02 (duas) vias de igual teor, em nome do Comando da 4ª Região Militar, 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):

31.2. 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;

31.3. O CREDENCIADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, PASS (Servidores Civis), de usuários Isentos (Fator de Custos) que são os soldados recrutas, Ex Combatentes e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

31.4. 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 contrato:

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

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

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

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

31.4.3.2. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma

em até 30 (trinta) dias do respectivo protocolo;

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

32. 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.

32.1. O CREDENCIADO poderá interpor pedido de reconsideração, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133, de 2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CREDENCIANTE, conforme a Lista Referencial de Glosa do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, Anexo VII deste Contrato, dentro do prazo de 3 (três) dias úteis:

32.2. O Setor de Lisura do Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentar relatório de glosa, contado a partir do término do prazo do subitem 31.4.3.2;

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

32.4. Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Ordenador de Despesas 2 do Comando da 4ª Região Militar, observado o procedimento posto nos arts 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.

33. O critério de atualização dos preços contratados consta do Capítulo 9 “DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS” do Edital de credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

34. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

35. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos decorrentes deste Edital serão os seguintes:

35.1. Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 1050000142 – 1005000142 - 1123000000, Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 215845 – 215843 – 215842 – 215844, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SACIVOCSA - CONS – D8SAFUSOCSA - CONS – D8SAFCTOCSA - CONS – D8SAECBOCSA - CONS.

35.2 Para PSA: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 1050000142 – 1005000142 - 1123000000, Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 215845 – 215843 – 215842 – 215844, Natureza de Despesa 339036 e Plano Interno D8SACIVPRSA – CONS – D8SAFUSPRSA - CONS – D8SAFCTPRSA - CONS – D8SAECBPRSA - CONS.

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

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

37. 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.

38. 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do credenciante.

41. As obrigações constam da Seção 10 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do credenciado.

42. As obrigações constam da Seção 11 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– Da negação de remuneração a militares.

43. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.

44. É permitido ao CREDENCIADO subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

44.1 Unidades de terapia intensiva, serviços laboratoriais, serviços de apoio ao diagnóstico, serviço de atendimento de enfermagem, locação de material hospitalar e serviços de remoção terrestre ou aérea, sendo admitida em caráter excepcional mediante justificativa prévia.

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

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

46.1. É vedado ao CREDENCIADO delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.

47. 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 pelo Posto Médico da Guarnição de Belo Horizonte, nos contratos anteriores.

47.1. 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;

47.2. 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;

47.3. O CREDENCIADO 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Obrigações pertinentes à LGPD.

48. 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.

49. 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.

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

51. A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo CREDENCIADO.

52. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do CREDENCIADO 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.

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

54. O CREDENCIADO deverá exigir de suboperadores e subcontratados o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância.

55. O CREDENCIANTE poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o CREDENCIADO atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados.

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

57. 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.

57.1. 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.

58. 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro.

60. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de Belo Horizonte/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Ordenador de Despesas 2 da 4ª RM
Credenciante
Identidade Nr:
CPF:

Rubrica

Testemunha
Identidade Nr:
CPF:

Rubrica

Representante Legal
Identidade Nr:
CPF:

Rubrica

Testemunha
Identidade Nr:
CPF:

Rubrica

ANEXO I à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

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 do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

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

Contratante: FuSEx BH (ID/IE)						
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	Impar /Dia			

Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo

ANEXO III à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4º Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

Controle de Atendimento de Materiais / Medicamentos de Atenção Domiciliar

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Descrição do Material/Medicamento	Data	Quantidade

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO IV à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4º Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

Relatório Médico para Desospitalização

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.
3. Todos os itens deste relatório são de preenchimento obrigatório.
4. Se necessário anexar relatório complementar.

1	Nome do beneficiário:		
	Matrícula/ Prec-Cp:		
	Idade:		
	Endereço para atendimento:		
2	Cuidado Domiciliar Prévio:	SIM ____	Telefones para contato:
	Qual?:	NÃO ____	Nome do Responsável:
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:	Data prevista para alta hospitalar : ____/____/____	
4	Possui Cuidador identificado?	_____ Sim _____ Não	
		Se sim, grau de parentesco ou vínculo:	
5	Diagnósticos:		

6	<p>Antecedentes:</p> <p>___ Demência ___ Parkinson ___ Alzheimer ___ IRC Dialítica ___ IRC Não Dialítica</p> <p>___ AVCi ___ AVCh ___ DM ___ HAS ___ IRC Não Dialítica</p> <p>___ ICC ___ IAM ___ DPOC ___ Asma ___ Fibrose Pulmonar</p> <p>___ Outro: _____</p>
7	<p>Estado clínico atual:</p>
8	<p>Grau de Atividade de Vida Diária:</p> <p>___ Dependente Total ___ Dependente Parcial ___ Independente</p>
9	<p>Recursos Humanos Sugeridos:</p> <p>___ Enfermagem ___ Nutrição ___ Médico</p> <p>___ Fisioterapia Respiratória ___ Fisioterapia Motora ___ Fonoterapia</p> <p>___ Outro Profissional: _____</p>
10	<p>Suporte Ventilatório:</p> <p>___ Aspiração de Vias Aéreas ___ x/dia ___ Traqueostomia</p> <p>___ Ventilação Mecânica</p> <p>___ Cateter Nasal</p> <p>___ Oxigênio: ___ l/min ___ Intermitente</p> <p>___ Contínuo</p> <p>___ BIPAP/CIPA: ___ Intermitente</p> <p>___ Contínuo</p> <p>___ Nebulização: ___ Intermitente ___ Contínuo</p>
11	<p>Terapia Nutricional:</p> <p>___ Oral</p> <p>___ SNE / SNG</p> <p>___ NPT</p> <p>___ Gastrostomia</p> <p>___ Jejunostomia</p>
12	<p>Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:</p> <p>Medicação (Dosagem e Frequência da Administração:</p> <p>___ EV ___ IM ___ SC</p> <p>___ Acesso Venoso:</p> <p>___ Periférico</p> <p>___ Central</p> <p>Tipo: ___</p>

		Data Início: ____/____/____	Data Término: ____/____/____
		<input type="checkbox"/> SVA intermitente ____ x/dia <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia	
		Curativos: ____ Sim ____ Não	Locais:
13	Necessita de Remoção:	<input type="checkbox"/> Condução Própria <input type="checkbox"/> Ambulância Simples <input type="checkbox"/> Condução Ambulância UTI	
Observações:			
	Data	Médico (Carimbo e CRM legível)	
	____/____/____		

ANEXO V à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4º Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____ Matrícula/PrecCp: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Nome do

Paciente: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE						
	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					
	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	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 DE 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 () Curativos () Medicções Parenterais () Outros Programas	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas:	De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional	18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

ESCORE DE KATZ

ATIVIDADES	Independência (1 PONTO) (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)	Dependência (0 PONTO) (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.	NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.	NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.	NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU LEVANTAR-SE DA CAMA OU CADEIRA.

CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).	É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.	NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.
KATZ:		PONTUAÇÃO
CLASSIFICAÇÃO KATZ		
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4
		DEPENDÊNCIA PARCIAL
		< 2
		DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo:		Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

- a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente em domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo acesso ao paciente em situações de emergência.
- c) Identificar se o paciente possui condições clínica de deslocar-se até os prestadores de sua rede. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para indicação imediata de internação domiciliar

- a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de internação domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
- ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicações de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
- iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.

Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicadas segundo as questões do grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do grupo 3, para maior embasamento técnico.

No grupo 2, nos casos em que uma intervenção domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

A falta de indicação de internação domiciliar pelos critérios apontados no grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO VI à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4º Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

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 Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (FuSEx), sobre o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, executado pela Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada. Tive acesso à Avaliação Inicial e Proposta Orçamentária realizadas pela OCS credenciada.
2. É de meu conhecimento o funcionamento e as características do mesmo, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e à necessidade de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pela aquisição dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento e não fornecidos pela UG/FuSEx .
3. Tenho conhecimento que a definição de condutas e tipo de cuidados a serem incluídos no Programa será feita pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e normas da UG /FuSEx .
4. É de meu conhecimento que devo solicitar ao Técnico de Enfermagem o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.
5. Tenho ciência de que o Sr.(a) _____, Prec-CP _____ pode se desligar do programa a qualquer momento, por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que o programa poderá ser suspenso ou reduzido ao desmame pela OCS ou pela UG/ FuSEx conforme classificação dos critérios clínicos.

6. Tenho conhecimento que, embora utilizando-se a tabela NEAD na decisão para enquadramento do paciente no programa, deve-se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

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.

7. Estou ciente que o paciente com atendimento no Programa de Assistência Domiciliar, cujo o serviço é prestado por equipe interdisciplinar sem o técnico de enfermagem, poderá ser atendido pela rede de contratados do FuSEx sem estar vinculado a Atenção Domiciliar.

8. O Paciente 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 alimento, visto que o objetivo da Atenção Domiciliar é fornecer assistência e não somente insumo.

9. A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais. Desta forma, havendo demanda isolada de oxigenioterapia, o equipamento deve ser alugado, podendo ser solicitado o ressarcido parcial pelo FuSEx (com autorização prévia) ou adquirido gratuitamente na rede do SUS.

10. Compreendo que o Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente 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 podem ser realizados pelo Cuidador.

12. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código - 5162-10, e considera que o Cuidador pode ser um familiar ou pessoa contratada, que auxilia o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo Cuidador são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir se e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de Cuidador. Cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.
13. Pacientes sob os cuidados de clínicas geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são inelegíveis ao programa de Atenção Domiciliar. As clínicas geriátricas são estabelecimentos de saúde em que constam com equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais) e cuidadores.
14. Pacientes que necessitam somente dos aparelhos (ex: CPAP, BIPAP, entre outros) para tratar a apneia do sono e diversas doenças respiratórias, devem adquirir o equipamento através de processo junto à Seção de Inativos e Pensionistas (SIP) da 4ª RM, ou em Batalhões e Companhias da área de abrangência da 4ª RM de acordo com o artigo 25, capítulo IV, da IR 30-38, de 2008. Estes aparelhos não são fornecidos sozinhos em programa de Atenção Domiciliar.
15. Estou ciente que o objetivo do Programa de Atenção Domiciliar é a reabilitação do paciente para o retorno, dentro de suas possibilidades, à autonomia. Desta forma, o desmame terapêutico sempre deve ser considerado.
16. Estou ciente que, caso haja suspensão do serviço de Atenção Domiciliar, devo devolver todo material, medicamento, equipamento e dietas à OCS conveniada que está prestando o serviço.
17. 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:

Anexo cópias:

Carteira de Identidade do paciente/ beneficiário

Cartão FuSEx do paciente/ beneficiário

Comprovante de residência

ANEXO VII à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4º Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

FICHA DE ATENDIMENTO				
UTI: _____ USB _____			Data: ____ / ____ / ____	
Paciente: _____ _____			Idade: _____	Sexo: M ___ F ___
Instituição /Convênio:- _____		____ Pré - hospitalar ____ Alta ____ Retorno		
Deslocamento: ____ : ____ hs	Chegada local: ____ : ____ hs	Saída Local: ____ : ____ hs	Chegada Destino: ____ : ____ hs	Liberação: ____ : ____ hs
Equipe: _____				
Endereço: _____ Nº _____			Bairro: _____	
Cidade: _____		Referência: _____		
Data: ____ / ____ / ____		(Assinatura Paciente /Familiar)		

ANEXO VIII à Minuta do Termo de Contrato em Atenção Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

**LISTA REFERENCIAL DE GLOSA DO POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO
DE BELO HORIZONTE**

1. Tabela de Glosa:

Nr	MOTIVO	Nr	MOTIVO
1	Atendimento não caracterizando urgência	45	Material não coberto (ver relação anexa)
2	Acomodação acima da autorizada	46	Material não justificado para o caso
3	Atendimento por médico militar	47	Material não utilizado
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais	48	Material reutilizável – pagamento parcial
5	Cobrança de 30 % não caracterizada urgência ou emergência	49	Medicação não considerada de urgência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	50	Medicação em desacordo com a prescrição
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	51	Medicação em excesso
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha	52	Medicação não justificada para o caso
9	Data de atendimento fora da competência	53	Medicação não prescrita
10	Diagnóstico ilegível	54	Medicação não utilizada
11	Diárias em excesso	55	Medicamento acima do preço acordado em contrato / Edital
12	Diárias fora da tabela acordada	56	Medicamento não coberto
13	Documento sem assinatura do paciente / carimbo do médico assistente	57	Medicamento suspenso
14	EPI de responsabilidade do prestador	58	Paciente não é beneficiário FuSEx/PASS
15	Especialidade não autorizada	59	Prescrição médica com rasura ou ilegível
16	Evento incluso no pacote acordado	60	Prestador descredenciado
17	Evento que não comporta cobrança	61	Procedimento/exames em excesso
18	Exame não prevê cobrança contraste	62	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
19	Exame sem laudo	63	Procedimento/exame em duplicidade

20	Exames/procedimentos não requisitados	64	Procedimento/exame não coberto
21	Falta de discriminação dos serviços executados	65	Procedimento/exame não realizado
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem	66	Prontuário/ficha/boletim ilegível
23	Fatura sem separar (FuSEx – PASS – Fator de Custo)	67	Prontuário/ficha/boletim rasurados
24	Custo Operacional: cobrança em desacordo em Edital / contrato	68	Retorno de consulta
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	69	SADT/exames com valor acima da tabela acordada
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	70	Sem autorização para procedimento ou exame
27	Guia autorizada para outro prestador	71	Sem diagnóstico
28	Guia de encaminhamento fora da validade	72	Sem guia/ofício de encaminhamento
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	73	Solicitação médica com data rasurada
30	Guia autorizada para outro beneficiário	74	Solicitação com data posterior ao exame
31	Guia autorizada para outro procedimento	75	Solicitação médica com data vencida
32	Guia sem carimbo de autorização	76	Solicitação médica sem data
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	77	Soma errada – cálculo
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	78	Taxas inclusas no valor do equipamento
35	Justificar cobrança	79	Taxas indevidas ou em excesso
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério	80	Visita hospitalar em duplicidade
37	Material acima do valor estabelecido em contrato / Edital	81	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
38	Material de alto custo sem nota fiscal	82	Visita de especialista sem autorização prévia
39	Material em excesso	83	Cobrança de código sobreposto
40	Material fixo	84	Recurso fora do prazo
41	Documentação ausente / divergente	85	OPME / material não autorizado previamente
42	Procedimento incluso no pacote	86	Sem evidência / assinatura para sessão cobrada
43	Cobrança de procedimento sem redutor no porte conforme Edital	87	Procedimento cobrado em conta aberta. Edital prevê cobrança em pacote
44	Taxa inclusa no pacote	88	Material incluso no procedimento

		89	Taxa com valor acima do acordado
		90	Outros

2. Observações:

2.1. Quando o CREDENCIANTE glosar, total ou parcialmente, as contas do CREDENCIADO, utilizando o item 89, fará constar no Relatório de Glosa o motivo da glosa por escrito.