

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS**

CONTRATANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA
DEFESA/EXÉRCITO BRASILEIRO/22º 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 EXECUÇÃO: indireta, empreitada por
preço unitário.

PROCESSO Nº:

CONTRATO Nr____:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Fazenda Brejo Comprido, Área 01, Caixa Postal 61, Zona Rural, Palmas-TO, CEP 77001-970, inscrita no CNPJ sob o nº 09.600.182/0001-06 e nº 09.600.182/0002-97, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, xxxxxxxxxxx - Coronel, portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à Rua _____, Bairro _____, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº _____ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado

_____, inscrito no CPF sob o nº _____, 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:

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 (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. 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 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, de _____ de _____ de 20____, 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 critérios de captação e 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 IX, 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 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;

4.2.3 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;

4.2.4 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 históricos 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 do domicílio, e

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 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.

4.3 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;

4.3.1 As sessões solicitadas por cada profissional deve seguir o padrão de acordo com a complexidade elencada no anexo "O";

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

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

4.4 Ajustado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, torna-se necessária a comunicação do médico(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;

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

4.6. Aprovado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio e a Proposta Orçamentária, e de posse do Termo Adesão 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;

4.7. A Seção de Auditoria Médica 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;

4.8. A Atenção Domiciliar à Saúde terá prazo determinado, quase sempre é temporária e pode ter sua abrangência e jornadas reduzidas, podendo, entretanto, no decorrer do período inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à Assistência oferecida;

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

4.10. A Seção de Auditoria Médica procederá a reavaliação periódica dos casos de Atenção Domiciliar à Saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento;

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

4.11.1. Autorização será válida para no máximo 30 dias;

4.11.2. 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;

4.11.2.1 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, e

4.11.2.2 Quando houver curativos, deverá estar anexado o 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.

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

4.12.1. 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.

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

4.14.1. Prorrogações, e

4.14.2. Complementares (intercorrências).

4.14 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;

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

4.15.1. Alta por melhora;

4.15.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

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

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

4.15.6. Óbito, e

4.15.7. 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.

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

4.16.1 Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;

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

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

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

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

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

4.16.7 RDC nº 11, da ANVISA;

4.16.8 RN nº 211, da ANS;

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

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

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

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

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

4.16.14 Resolução CFM nº 1.668/2003, e

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

5. 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.

5.1 A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

5.1.1 De responsabilidade do CONTRATANTE mediante SOLICITAÇÃO PRÉVIA, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar subcontratado, conforme valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos Hospitalares do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, para contratos de credenciamento – Anexo H do Edital.

6. 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;

6.1 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.

7. 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;

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, e

7.2. O CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FUSEx do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, via telefone: (____) _____ e por e-mail fusexpalmasinternacao@gmail.com.

8. 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;

9. 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:

9.1. Internação domiciliar de baixa complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia, compreende descrito no Anexo O;

9.2. Internação domiciliar de média complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia, compreendendo descrito no Anexo O, e

9.3. Internação domiciliar de alta complexidade: inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, compreendendo o descrito no Anexo O.

10. 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;

10.1. O CONTRATADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada, e

10.2. 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.

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

11.1. O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;

11.2. O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO, e

11.3. O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.

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 CONTRATADO;

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 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;

15. 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;

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

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

18. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº DGP/C Ex 508/2024;

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 CONTRATADO 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 inviabilizam o tratamento;

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

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

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

21. No caso de óbito do beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, Seção de Auditoria Médica da UG FUSEx, através do telefone _____ e por e-mail **fusexpalmasinternacao@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 CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo, e

24. A Seção de Auditoria Médica 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.

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, Anexo O do Edital;

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

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 7

da Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde, Anexo O do Edital;

28. 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;

29. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE, até o 10º dia do mês subsequente, na Seção de Auditoria Médica Externa da UG FuSEx do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, a fatura, em 01 (uma) via de igual teor, em nome da UG FuSEx do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do SAMMED/FuSEx/PASS com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, 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 se 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 nos credenciamentos, pacote adotado, valor em R\$ (reais), relatório de conferência (espelho) e uma ficha de controle de procedimentos (anexo de outras despesas);

30. 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;

31. O CONTRATADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FUSEX, de Servidores Cíveis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

32. 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:

32.1. Anexo I: Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde;

32.2. Anexo II: Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde;

32.3. Anexo III: Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde;

32.4. Anexo IV: Controle do Fornecimento de Fórmula Nutricional Industrializada na Atenção Domiciliar (Dietas ou Suplementos Especializados);

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

32.4.2. 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

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

32.5. 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.

33. 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 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado a contar da data de entrada da fatura no protocolo da Seção de Auditoria da UG FuSEx do 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado;

33.1 Será realizada a glosa administrativa total das contas, nos casos em que não forem cumpridos o prazo definido no subitem 32.4.

34. 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;

34.1 Eventuais glosas, totais ou parciais, serão realizadas em até 30 (trinta) dias, a contar da data de recebimento das faturas, conforme anexo VI do contrato;

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

34.3 Havendo glosa total ou parcial, o 22º Batalhão de Infantaria Motorizado comunicará o fato por escrito ao CREDENCIADO que, querendo, poderá recorrer da decisão, por escrito, apresentando para tanto, todos os documentos e argumentos técnicos e administrativos cabíveis, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da notificação por e-mail auditoriafusedpalmas@gmail.com, e

34.4 O CREDENCIADO terá o prazo de 05 (cinco) dias para notificar o recebimento do Relatório de Auditoria do CREDENCIANTE, por meio do correio eletrônico.

35. A CREDENCIANTE deverá responder ao recurso de glosa apresentado pelo CREDENCIADO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias;

36. 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;

37. 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;

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

39. A emissão da Nota Fiscal será autorizada por meio do e-mail fusex@22bimec.eb.mil.br;

39.1 A Nota Fiscal deverá ser emitida com os seguintes dados:

Nome do órgão responsável (UG FuSEx)

Endereço:

CEP:

MUNICÍPIO/ESTADO:

CNPJ OU CPF:

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

40.1 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, e

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

CLÁUSULA SEXTA - DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS.

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA.

43. 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.

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

44.1 Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de

Recursos 0250270037 - 0250270013 - 0100000000, Programa de Trabalho Resumido 025146 - 031781 - 031778, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D1SACIVOCSA - D1SAFUSOCSA - D8SAFCTOCSA, no valor de R\$ [indicar valor] - Empenho Estimativo, e

44.2 Para PSA: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0250270037 - 0250270013 - 0100000000, Programa de Trabalho Resumido 025146 - 031781 - 031778 e Natureza de Despesa 339036 e Plano Interno D1SACIVPRSA - D1SAFUSPRSA - D8SAFCTPRSA, no valor de R\$ [indicar valor] - Empenho Estimativo.

CLÁUSULA NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL.

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

46. 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, e

47. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS SANÇÕES.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO.

49. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses da Seção 13 - "DA RESCISÃO" - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- DA NEGAÇÃO DE REMUNERAÇÃO A MILITARES.

52. 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.

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

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

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

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

55. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO VALOR DO CONTRATO.

56. 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 22º Batalhão de Infantaria Mecanizado, nos contratos anteriores;

56.1 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;

56.2 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, e

56.3 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES PERTINENTES À LGPD

57. 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;

58. 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;

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

60. 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;

61. 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;

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

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

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

65. 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;

66. 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;

66.1 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.

67. 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, e

68. 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.

69. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de Palmas-TO, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, e

70. 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.

[Localidade], XX de XXXXXXX de 20XX.

Pelo CONTRATANTE:

Ordenador de Despesas do _____

Pelo CONTRATADO:

Representante legal

TESTEMUNHAS:



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS**

LISTA DE REFERENCIAL DE CUSTOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR:

1.0 - PACOTE DE BAIXA COMPLEXIDADE 06 HORAS - SEM INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA

ITEM	DESCRIÇÃO DO MATERIAL/SERVIÇO	UND	QTD	VALOR (R\$)
1.0	Assistência de enfermagem	6 h prestada por técnico de enfermagem	1	R\$ 193,74
1.1	Consulta Domiciliar Médica	1 vez ao mês	1	
1.2	Enfermagem Domiciliar	1 vez por mês ou quando necessário	1	
1.3	Consulta Domiciliar por nutricionista	1 vez ao mês	1	
1.4	Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta	UND	1	
1.5	Equipamento de Proteção individual (Máscara, Luvas de Procedimento, Aventais, Touca e Álcool Gel)	UND	1	
1.6	Colchão e Cama com grade lateral	UND	1	

1.7	Escadinha	UND	1	
1.8	Suporte para soro	UND	1	
1.9	Cadeira de Rodas	UND	1	
1.10	Cadeira higiênica	UND	1	
1.11	Tensiômetro	UND	1	
1.12	Termômetro	UND	1	
1.13	Estetoscópio;	UND	1	
1.14	Aspirador Portátil	UND	1	
1.15	Glicosímetro	UND	1	
1.16	Nebulizador	UND	1	

2.0 - PACOTE DE MÉDIA COMPLEXIDADE 12 HORAS - SEM INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA (CÓDIGO TOSS 98983050)

ITEM	DESCRIÇÃO DO MATERIAL/SERVIÇO	UND	QTD	VALOR (R\$)
2.1	Assistência de enfermagem	12 h prestada por técnico de enfermagem	1	R\$ 346,70
2.2	Consulta Domiciliar Médica	2 vezes ao mês	1	
2.3	Enfermagem Domiciliar	2 vezes por mês ou quando necessário	1	
2.3	Consulta Domiciliar por nutricionista	1 vez ao mês		
2.4	Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta	UND	1	

2.5	Equipamento de Proteção individual (Máscara, Luvas de Procedimento, Aventais, Touca e Álcool Gel)	UND	1	
2.6	Colchão e Cama com grade lateral	UND	1	
2.7	Escadinha	UND	1	
2.8	Suporte para soro	UND	1	
2.9	Cadeira de Rodas	UND	1	
2.10	Cadeira higiênica	UND	1	
2.11	Tensiômetro	UND	1	
2.12	Termômetro	UND	1	
2.13	Estetoscópio	UND	1	
2.14	Aspirador	UND	1	
2.14	Nebulizador	UND	1	
2.15	Bomba de infusão	UND	1	
2.16	Monitor cardíaco	UND	1	
2.17	Andador, muletas ou bengala	UND	1	
2.18	Glicosímetro	UND	1	
2.19	Lixeira	UND	1	
2.20	Oxímetro	UND	1	
2.21	Adaptador de tomadas	UND	1	
2.22	Materiais de expediente	UND	1	

3.0 - PACOTE DE ALTA COMPLEXIDADE 24 HORAS - SEM INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E DIETA (CÓDIGO TOSS 98983050)

ITEM	DESCRIÇÃO DO	UND	QTD	VALOR
------	--------------	-----	-----	-------

	MATERIAL/SERVIÇO			(R\$)
3.1	Assistência de enfermagem	24 h prestada por técnico de enfermagem	1	R\$ 630,00
3.2	Consulta Domiciliar Médica	3 vezes ao mês	1	
3.3	Enfermagem Domiciliar	3 vezes por mês ou quando necessário	1	
3.4	Consulta Domiciliar por nutricionista	1 vez ao mês	1	
3.5	Treinamento para a família e/ou cuidador para promoção do desmame e alta	UND	1	
3.6	Equipamento de Proteção individual (Máscara, Luvas de Procedimento, Aventais, Touca e Álcool Gel)	UND	1	
3.7	Colchão e Cama com grade lateral	UND	1	
3.8	Escadinha	UND	1	
3.9	Suporte para soro	UND	1	
3.10	Cadeira de Rodas	UND	1	
3.11	Cadeira higiênica	UND	1	
3.12	Tensiômetro	UND	1	
3.13	Termômetro	UND	1	
3.14	Estetoscópio	UND	1	
3.15	Aspirador	UND	1	
3.16	Nebulizador	UND	1	
3.17	Bomba de infusão	UND	1	
3.18	Monitor cardíaco	UND	1	

3.19	Andador, muletas ou bengala	UND	1	
3.20	Glicosímetro	UND	1	
3.21	Lixeira	UND	1	
3.22	Oxímetro	UND	1	
3.23	Adaptador de tomadas	UND	1	
3.24	Materiais de expediente	UND	1	

4.0 - VALORES DE TERAPIAS/ESPECIALIDADES

ITEM	PROCEDIMENTO	UND	QTD	VALOR (R\$)
4.1	Psicologia	Consulta inicial (Avaliação)	1	R\$ 50,00
4.2	Psicologia	Atendimento domiciliar	1	R\$ 80,00
4.3	Psicologia	Sessão de Psicologia	1	R\$ 50,00
4.4	Psicologia	Avaliação Psicológica (mínimo 6 sessões)	1	R\$ 300,00
4.5	Fonoaudiologia	Atendimento no consultório (consulta)	1	R\$ 50,00
4.6	Fonoaudiologia	Atendimento domiciliar	1	R\$ 80,00
4.7	Terapia Ocupacional	Consulta (Avaliação)	1	R\$ 50,00
4.8	Terapia Ocupacional	Sessão terapia Ocupacional	1	R\$ 50,00
4.9	Terapia Ocupacional	Sessão terapia Ocupacional Domiciliar	1	R\$ 80,00
4.10	Avaliação Diagnósticas	Neuropsicológica mínimo 06 sessões	1	R\$ 180,00
4.11	Avaliação Diagnósticas	Neuropsicopedagógica - mínimo 06 sessões	1	R\$ 600,00
4.12	Avaliação Diagnósticas	Neuropsicodiagnóstica - mínimo 06 sessões	1	R\$ 600,00

4.13	Psicopedagogia	Consulta de Avaliação	1	R\$ 50,00
4.14	Psicopedagogia	Sessão	1	R\$ 50,00
4.15	Psicoterapia Familiar	Sessão	1	R\$ 100,00
4.16	Psicoterapia – Casal	Sessão	1	R\$ 70,00
4.17	Psicoterapia – Grupo	Sessão	1	R\$ 35,00
4.18	Psicomotricidade	Sessão	1	R\$ 50,00
4.19	Nutrição	Consulta	1	R\$ 50,00
4.20	Nutrição	Domiciliar	1	R\$ 20,00
4.21	Nutrição	Sessão em Grupo	1	R\$ 35,00
4.22	Fisioterapia	Consulta Inicial	1	R\$ 45,00
4.23	Fisioterapia Domiciliar(Motora e resoiratória)	Sessão	1	R\$ 80,00
4.24	Fisioterapia	Sessão	1	R\$ 45,00
4.25	Acupuntura	Sessão	1	R\$ 45,00
4.26	Quiropraxia	Sessão	1	R\$ 54,00
4.27	Hidroterapia	Sessão	1	R\$ 50,00
4.28	RPG	Sessão	1	R\$ 50,00
4.29	Tratamento de Fisioterapia no regime de internação(Motora e respiratória)	Sessão	1	R\$ 130,00 (por dia, independente do nº de sessões)

5.0 - TABELA DE VALORES DE PRODUTOS ENTERAIS PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

ITEM	PRODUTO ENTERAL	EMBALAGEM DE APRESENTAÇÃO	QTD	VALOR (R\$)
5.1	Ensure pó	Lata de 400g	1	R\$ 97,92
5.2	Espessante alimentar	Lata de 300g	1	R\$ 370,87

	Nutilis			
5.3	Espessante Thicken Up Clean	Lata 125g	1	R\$ 149,27
5.4	Espessante Thicken Up Clean	Sachê 1,2g	1	R\$ 5,49
5.5	Fiber Mais	Sachê de 5g	1	R\$ 10,61
5.6	Forticare	Frasco de 125ml	1	R\$ 32,05
5.7	Fortifit B	Lata de 280g	1	R\$ 190,32
5.8	Fosvita	Sachê de 7g	1	R\$ 4,48
5.9	Fresubin 1.2 HP Fibre	Litro	1	R\$ 84,00
5.10	Fresubin 2Kcal HP	500ml	1	R\$ 104,50
5.11	Fresubin 2Kcal HP Fibre	500ml	1	R\$ 104,72
5.12	Fresubin 2Kcal Drink	TP 200ml	1	R\$ 50,40
5.13	Fresubin 2kcal Fibre Drink	Frasco de 200ml	1	R\$ 50,40
5.14	Fresubin Creme	125g	1	R\$ 67,20
5.15	Fresubin Energy	Litro SF	1	R\$ 72,80
5.16	Fresubin Energy Fibre	Litro	1	R\$ 73,36
5.17	Fresubin Hepa	0,5L	1	R\$ 99,68
5.18	Fresubin HP Energy	Litro SF	1	R\$ 222,88
5.19	Fresubin HP Energy	500ml SF	1	R\$ 89,49
5.20	Fresubin Lipid Drink	Frasco de 200ml	1	R\$ 53,76
5.21	Fresubin Original	Litro SF	1	R\$ 71,68
5.22	Fresubin Original Fibre	Litro SF	1	R\$ 72,24
5.23	Fresubin Protein Energy	Frasco de 200ml	1	R\$ 44,80
5.24	Fresubin Protein	Lata de 300g	1	R\$ 119,36

	Powder			
5.25	Fresubin Soya Fibre	Litro	1	R\$ 68,32
5.26	Glucerna RTH	Litro	1	R\$ 97,59
5.27	Glucerna 1,5 RTH	Litro	1	R\$ 184,00
5.28	Glutamina	Sachê de 10g	1	R\$ 7,28
5.29	HDMax	Frasco de 200ml	1	R\$ 44,78
5.30	Impact	Litro TP	1	R\$ 173,43
5.31	Impact	Frasco de 200ml	1	R\$ 64,87
5.32	Impact 1.5	Litro SF	1	R\$ 550,98
5.33	Isosource 1.5	Litro TP	1	R\$ 75,81
5.34	Modulen	Lata com 400g	1	R\$ 622,76
5.35	Neocate Advance	Lata 400g	1	R\$ 255,93
5.36	Neocate LCP	Lata de 400g	1	R\$ 258,36
5.37	Neofiber	Lata 400g	1	R\$ 169,90
5.38	Novasource GC 1.5	Litro SF	1	R\$ 228,48
5.39	Novasource GC	Litro SF	1	R\$ 221,15
5.40	Novasource GI Control	Litro TP	1	R\$ 129,39
5.41	Novasource Hi Protein	Litro SF	1	R\$ 273,77
5.42	Novasource Proline	Frasco de 200ml	1	R\$ 64,87
5.43	Novasource Renal	Litro SF	1	R\$ 325,43
5.44	Novasource Senior	Litro TP	1	R\$ 99,30
5.45	Nutren Senior	Lata 370g	1	R\$ 98,66
5.46	Nutren Senior	Frasco de 200ml	1	R\$ 30,06
5.47	Nutri Enteral Soya	Litro TP	1	R\$ 23,90
5.48	Nutri Enteral Soya Fiber	Litro TP	1	R\$ 23,90

5.49	Nutri Liver	Sachê de 95g	1	R\$ 92,51
5.50	Nutri Renal	Litro	1	R\$ 60,22
5.51	Nutri Renal	200ml	1	R\$ 20,19
5.52	Nutri Renal D	Litro	1	R\$ 93,33
5.53	Nutri Renal D	200ml	1	R\$ 22,33
5.54	Nutridrink Compact	Frasco de 125ml	1	R\$ 19,75
5.55	Nutridrink Compact Protein	Frasco de 125ml	1	R\$ 25,35
5.56	Nutridrink Max	Lata de 350g	1	R\$ 76,92
5.57	Nutrison Adv PEPTISORB	Litro SF	1	R\$ 124,79
5.58	Nutrison Advanced Dison 1.0	Litro TP	1	R\$ 87,58
5.59	Nutrison Energy	Litro TP	1	R\$ 38,91
5.60	Nutrison Energy	Litro SF	1	R\$ 95,32
5.61	Nutrison Energy Multi Fiber	Litro TP	1	R\$ 52,05
5.62	Nutrison Energy Multi Fiber	Litro SF	1	R\$ 105,66
5.63	Nutrison Energy HP 1.5 Adv Dison	Litro SF	1	R\$ 102,73
5.64	Nutrison Protein Plus Multi Fiber	Litro SF	1	R\$ 109,93
5.65	Nutrison Protein Plus Energy	Litro SF	1	R\$ 104,94
5.66	Nutrison Protison	Litro SF	1	R\$ 128,23
5.67	Pediasure	Lata de 400g	1	R\$ 79,34
5.68	Peptamen 1.5	Litro SF	1	R\$ 391,35
5.69	Peptamen 1.5	Frasco de 250ml	1	R\$ 80,98
5.70	Peptamen Pó	Lata 430g	1	R\$ 429,43
5.71	Peptamen Prebio	Litro SF	1	R\$ 366,62

5.72	Protein PT (caseinato de cálcio)	Lata de 250g	1	R\$ 123,20
5.73	Puramino	Lata 400g	1	R\$ 184,80
5.74	Reabilit Peptiflex	Lata de 445g	1	R\$ 166,30
5.75	Simbioflora	Sachê de 6g	1	R\$ 16,80
5.76	Simfort	Sachê de 2g	1	R\$ 6,72
5.77	Solufiber	Lata de 400g	1	R\$ 65,34
5.78	Stimulance	Lata de 225g	1	R\$ 150,95
5.79	Survimed	Litro SF	1	R\$ 188,16
5.80	Survimed	500ml	1	R\$ 91,28
5.81	Trophic Basic	Litro TP	1	R\$ 77,06
5.82	Whey Protein Hidrolisado	Lata de 250g	1	R\$ 104,44
5.83	Whey Protein Isolado	Lata de 250g	1	R\$ 199,36
5.84	Ketocal	Lata de 300g	1	R\$ 475,52
5.85	Neoforte	Lata de 400g	1	R\$ 217,32
5.86	Neospoon	Lata de 400g	1	R\$ 335,33
5.87	TCM com AGE	Frasco de 250ml	1	R\$ 78,40
5.88	Fortini MF	Frasco de 200ml	1	R\$ 18,28
5.89	Fortini Pó Sem Sabor	Lata de 400g	1	R\$ 69,52
5.90	Frebini Energy	SF (500ml)	1	R\$ 114,24
5.91	Frebini Energy Drink	Frasco de 200ml	1	R\$ 57,12
5.92	Frebini Energy Fibre Drink	Frasco de 200ml	1	R\$ 57,12
5.93	Frebini Energy Fibre	SF (500ml)	1	R\$ 114,80
5.94	Frebini Original	SF (500ml)	1	R\$ 113,12
5.95	Frebini Original Fibre	SF (500ml)	1	R\$ 113,68

5.96	Infatrini	Lata de 400g	1	R\$ 169,52
5.97	Infatrini	Frasco de 125ml	1	R\$ 39,04
5.98	Nutrini Energy Multi Fiber	Frasco de 200ml	1	R\$ 30,00
5.99	Nutrini Energy Multi Fiber	SF (500ml)	1	R\$ 94,02
5.100	Nutrini Pepti 1.0	SF (500ml)	1	R\$ 136,11
5.101	Nutrini Standard	Frasco de 200ml	1	R\$ 21,39
5.102	Nutrini Standard	SF (500ml)	1	R\$ 81,01
5.103	Peptamen Junior	Frasco de 200ml	1	R\$ 68,05
5.104	Peptamen Junior	Lata de 400g	1	R\$ 315,85
5.105	Calogen	Frasco de 200ml	1	R\$ 59,25
5.106	Carbor For	Lata de 400g	1	R\$ 53,76
5.107	Nutrison Advance Cubision 1.0	Litro SF	1	R\$ 139,14
5.108	Nutrison Advance Cubision 1.0	Litro TP	1	R\$ 95,52
5.109	Cubitan	Frasco de 200ml	1	R\$ 26,54
5.110	Diamax	Frasco de 200ml	1	R\$ 43,46
5.111	Diamax	Litro	1	R\$ 90,72
5.112	Diben 1.0	Litro	1	R\$ 188,12



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

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



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

**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
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

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



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

**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



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS**

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	58	Procedimentos/exames em excesso

	contraste		
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

ANEXO VII À MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA OCS ESPECIALIZADAS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

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

“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

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 _____

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

Assinatura da recepcionista responsável pelo atendimento (legível)

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

ANEXO VIII À MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA OCS ESPECIALIZADAS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE

FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE

NOME DO

PACIENTE: _____ DN: _____

/_____/_____

PREC - CP/ SIAPE/ CPF:

MOTIVO DO DESLOCAMENTO:

DOMICÍLIO/ HOSPITAL ()

HOSPITAL/DOMICÍLIO ()

OUTROS _____

DATA DO DESLOCAMENTO:

____/____/____

TIPO DE AMBULÂNCIA:

UTI ()

BÁSICA ()

ENDEREÇO DA ORIGEM:

RUA: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

HORA DA SAÍDA: ____:____ HR

KM INICIAL:

ENDEREÇO DO DESTINO (OCS):

RUA: _____ BAIRRO: _____

_____ CIDADE: _____

HORA DA CHEGADA: ____:____ HR

KM FINAL:

KM RODADO:

HORA PARADA:

EQUIPE:

CONDUTOR:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN:

ENFERMEIRO: _____

_____ COREN: _____

MÉDICO: _____ CRM:

<p>_____</p> <p>EVOLUÇÃO DO PACIENTE:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DATA DD/MM/AA:</p> <p>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</p>

ANEXO IX À MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA OCS ESPECIALIZADAS EM ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

RELATÓRIO MÉDICO PARA DESOSPITALIZAÇÃO

1	<p>Nome do paciente: _____ DN: ____/____/____</p> <p>Matrícula/Prec-Cp: _____</p> <p>Endereço para atendimento _____</p> <p>Nome do responsável: _____</p> <p>Telefone: () _____</p>
---	---

2	Cuidado Domiciliar Prévio:	Sim										
		Não										
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:	Data prevista para alta hospitalar: ____/____/____										
4	Possui Cuidador identificado?	Sim										
		Não										
5	Diagnósticos:											
6	Antecedentes:											
		Demência		Parkinson		Alzheimer		IRC Dialítica		IRC Não Dialítica		
		AVCi		AVCh		DM		HAS		ICC		
		IAM		DPOC		Asma		Fibrose Pulmonar				
		Outro(s):										
7	Estado clínico atual:											
8	Grau de Atividade de Vida Diária:											
		Totalmente dependente					Parcialmente dependente					Independente
9	Recursos Humanos sugeridos:											
		Enfermagem					Nutrição					Médico
		Fisioterapia Respiratória					Fisioterapia Motora					Fonoterapi

							a
		Outro Profissional:					
10	Suporte Ventilatório:	Aspiração de Vias Aéreas ____ x/dia			Traqueostomia		
		Ventilação Mecânica			Cateter Nasal		
		Oxigênio: _____ l/min			Inter mite nte		Contínuo
		BIPAP:			Inter mite nte		Contínuo
		Nebulização:			Inter mite nte		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				Ileo sto mia		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 ____/____/____							
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
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

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		<u>ATENDIMENTO DOMICILIAR /OUTROS PROGRAMAS</u>
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia	<u>Não utiliza</u>
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES		Mais de 5 vezes/dia		Até 5 vezes/dia	<u>Não utiliza</u>
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia	<u>Não utiliza</u>
MEDICAÇÃO		Mais de 4 vezes/dia			<u>Até 4 vezes/dia</u>

PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE								
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				
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL		SEM AUXÍLIO		ASSISTIDA	<table border="1"> <tr> <td>GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA</td> <td>3</td> <td><u>POR SNG/SNE</u> * —</td> </tr> </table>	GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA	3	<u>POR SNG/SNE</u> * —
GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA	3	<u>POR SNG/SNE</u> * —						
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 SIMPLES		MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS			
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 () Medicamentos Parenterais () Outros Programas			De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h	
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)			18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h	

ANEXO XI À MINUTA DE TERMO DE CONTRATO PARA OCS ESPECIALIZADAS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS

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
22º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
BATALHÃO TOCANTINS**

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