



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)

**ANEXO A - MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO ATENDIMENTO DOMICILIAR**

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_ / \_\_\_\_\_

CREDECIANTE: UNIÃO/ MINISTÉRIO DA DEFESA/EXÉRCITO BRASILEIRO/ HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE

CREDECIADA: 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:

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Rua Duque de Caxias, 474, Bairro Amambaí, Campo Grande -MS, CEP 79.100-400, inscrita no CNPJ sob o nº 09.539.711/0001-03, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, xxxxxxxxxxxx - 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 denominada CREDECIANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominada CREDECIADA, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento nº 1/2019-HMilACG, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.**

1. A finalidade deste Credenciamento é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e Servidores Cíveis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) Especializadas em atenção domiciliar à saúde na(s) modalidade(s) de Assistência Domiciliar (Suporte Básico, Intermediário e Avançado), de baixa, média e alta complexidade, 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 nº 1/2019 - HMILACG, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - Do fundamento legal.**

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

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

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

5. Para o início do atendimento de atenção domiciliar à saúde, a apresentação do paciente à equipe de profissionais da CREDENCIADA correrá por conta do beneficiário e/ou de seu responsável, por meio do agendamento de visita domiciliar solicitada por parte da CREDENCIANTE para a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD).

5.1. O plano de Atenção Domiciliar (PAD) deverá apresentar a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, avaliação de dependência, sistema tegumentar, exame físico, avaliação da dor, avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário), avaliação do domicílio, recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos) e enquadramento do tipo de atenção domiciliar.

5.2. Estabelecer como prioridade de eleição da internação domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

- 5.2.1. Idosos;
- 5.2.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- 5.2.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
- 5.2.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

6. Os mecanismos de encaminhamentos 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:

6.1. Uma Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Campo Grande, coordenada pela Divisão de Medicina, indicará a CREDENCIADA por meio da Seção FuSEX ao paciente que receberá a atenção domiciliar à saúde, a fim de que proceda à avaliação do caso e à elaboração do Plano de Atenção Domiciliar:

6.1.1. A Equipe Multidisciplinar será composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo:

6.1.1.1. As especialidades acima descritas não se constituem em um mínimo necessário, logo, a avaliação de elegibilidade do paciente para a assistência domiciliar poderá deixar de contar com parte das mesmas.

6.1.1.2. Verificada a pertinência da indicação da Atenção Domiciliar, o profissional auditor, preferencialmente Enfermeiro (a) com especialização na área, deverá solicitar a CREDENCIADA um relatório de Avaliação Inicial, que estabelecerá de forma qualificada a proposta terapêutica e orçamentária, além de um Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio para o paciente. A



CRENCIADA tem um prazo de 48 horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação.

6.1.1.3. O enquadramento no Plano de Atenção Domiciliar, utilizando-se critérios clínicos a partir da tabela NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar-padronizado neste contrato como anexo VI. Ressalta-se que, embora utilizando-se a tabela NEAD na decisão para enquadramento do paciente no programa, deve-se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

6.2. O atendimento de atenção domiciliar à saúde será autorizado após homologação do referido Plano pelo Diretor do Hospital Militar de Área de Campo Grande, ouvida a Seção FuSEx, oportunidade na qual será expedida a competente Guia de Encaminhamento para Atenção Domiciliar à Saúde;

6.3. À Seção de FuSEx competirá realizar os contatos com a equipe profissional da CRENCIADA para eventuais alterações no Plano de Atenção Domiciliar proposto, respeitados os preceitos éticos estabelecidos por parte do Conselho Federal de Medicina;

6.4. A desmobilização da atenção domiciliar à saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada na atenção domiciliar à saúde, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta da atenção domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do Plano de Atenção Domiciliar;

6.5. A CRENCIANTE poderá, por meio da Seção FuSEx do Hospital Militar de Área de Campo Grande, solicitar a CRENCIADA, em regime de transição coordenada, o início da atenção domiciliar à saúde de pacientes internados em OCS, assim que o mesmo obtenha alta hospitalar;

6.6. A atenção domiciliar à saúde terá prazo determinado, 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:

6.6.1. O plano de Atenção Domiciliar (PAD) do paciente admitido deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Esta revisão deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente;

6.6.2. A autorização será válida para no máximo 30 dias.

6.6.2.1. Se houver necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, nova solicitação deverá ser enviada.

6.6.3. As prorrogações deverão ser encaminhadas a CRENCIANTE 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:

6.6.3.1. 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; e

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

6.6.4. Ao final do período será emitida uma autorização constando o plano de atendimento liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais,



medicamentos, dispositivos e equipamentos, além da definição da periodicidade do envio de relatórios de atendimento;

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

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

6.6.6.1. Prorrogações; e

6.6.6.2. Complementares (intercorrências).

6.6.7. Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pela CREDENCIADA na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

6.6.8. A CREDENCIADA deverá promover orientação continuada junto a família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado; e

6.6.9. A CREDENCIADA deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:

6.6.9.1. Alta por melhora;

6.6.9.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

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

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

6.6.9.6. Óbito.

6.7. A Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Campo Grande 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.

6.8. 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.

6.9. Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Campo Grande, tendo por base a seguinte legislação: - Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro; Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32); 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); Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002; RDC nº 11, da ANVISA; RN nº 211, da ANS; Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde; Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde; Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde; Portaria nr 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde; Portaria nr 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde; Resolução CFM nº 1.668/2003; e Resolução nº 270, de 18 de abril de 2002, do COFEN.

7. A CREDENCIADA 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.



COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br

7.1. As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte da CREDENCIADA em até 2 (dois) dias úteis a 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;

7.2. 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;

7.3. O atendimento no caso de emergência ou comprovada urgência será coberto por guia de encaminhamento única, emitida impessoalmente, que abarque o atendimento que fora dispensado ao beneficiário, ainda que tal atendimento envolva equipe multidisciplinar;

7.4. A remoção do paciente, quando necessária, deverá ser efetuada, exclusivamente, para a rede de Organizações Civas de Saúde credenciadas por parte da CREDENCIANTE, bem como deverá ser devidamente justificada.

8. A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

8.1. De responsabilidade da CREDENCIADA, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes na Lista Referencial de Procedimentos de Atendimento Domiciliar à Saúde do Hospital Militar de Área de Campo Grande - HMilACG - Anexo "B" do Edital; e

8.2. De responsabilidade da CREDENCIANTE, com utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, contratados por meio de credenciamento:

8.2.1. Neste caso, a CREDENCIADA deverá solicitar à Seção FuSEx a remoção do paciente.

9. Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, a CREDENCIADA deverá encaminhá-lo as instalações da CREDENCIANTE:

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

9.2. A CREDENCIADA deverá solicitar autorização prévia da Seção FuSEx do Hospital Militar de Área de Campo Grande, via fac-símile: (067) 3368-4366 e formalizado via e-mail: fusex.hmilacg.eb@gmail.com.

10. A CREDENCIADA, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de assistência domiciliar (Suporte básico, Intermediário e Avançado), de baixa, média e alta complexidade, Internação domiciliar, procedimentos de enfermagem e gerenciamento de casos crônicos, 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 assistência domiciliar à saúde:

10.1. Atendimento domiciliar: prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta.

10.2. 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. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

10.2.1. Internação domiciliar de baixa complexidade;



**COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br

10.2.2. Internação domiciliar de média complexidade;

10.2.3. Internação domiciliar de alta complexidade;

10.3. 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.

10.4. Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

10.4.1. Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

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

10.4.1.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

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

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

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

10.4.1.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita TRIMESTRAL, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por MENSAL, 01 (uma) visita de AVALIAÇÃO INICIAL de profissionais da Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) e acompanhamento telefônico 24 horas.

10.4.2. Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

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

10.4.2.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

10.4.2.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

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

10.4.2.6. Pacientes com infecções de repetição; e

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



COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br



10.4.3. Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:

- 10.4.3.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 10.4.3.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 10.4.3.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 10.4.3.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;
- 10.4.3.5. Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
- 10.4.3.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
- 10.4.3.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita MENSAL, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita MENSAL, 01 (uma) visita de AVALIAÇÃO INICIAL de profissionais da Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional), 02 (duas) sessões MENSAS da Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) e acompanhamento telefônico 24 horas.

11. A CREDENCIADA deverá realizar os treinamentos necessários aos cuidadores/acompanhantes dos pacientes a serem assistidos pela atenção domiciliar à saúde.

12. A CREDENCIADA se obriga a apresentar a 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 da CREDENCIADA para atender aos beneficiários deste credenciamento nas respectivas profissões e especialidades:

12.1. A CREDENCIADA obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e

12.2. Quando a equipe multidisciplinar da CREDENCIADA 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 a CREDENCIANTE.

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

13.1. O membro do Corpo Clínico da CREDENCIADA;

13.2. O que tenha vínculo de emprego com a CREDENCIADA; e

14. O Plano de Atenção Domiciliar deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde que prestará a assistência 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.

15. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, de acordo com o que prescreve a Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro e as Normas de Auditoria vigentes.

16. A CREDENCIADA se obriga a fornecer, quando solicitado pela CREDENCIAMENTO, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo previsto na Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro – Anexo “ F” ou demais regulamentações que vierem a substituí-la.

17. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FuSEx/SAMMED/PASS, decorrente de atendimento realizado será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar das Uat, que decidirá pela sua autorização ou negação.



18. Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção FuSEx do Hospital Militar de Área de Campo Grande:
- 18.1. A CREDENCIANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.
19. É vedada a prescrição de exames em bloco ou daqueles que partam da iniciativa do próprio usuário, conforme estabelece o art. 10 da Portaria nº DGP-48/2008.
20. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo “G” do edital, não se incluem na presente contratação:
- 20.1. Caso solicitado, a CREDENCIADA obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.
21. Não será autorizada ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:
- 21.1. O domicílio do (a) usuário (a) apresentar difícil acesso à ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;
- 21.2. As condições emocionais do (a) usuário (a) ou de familiar inviabilizarem o tratamento;
- 21.3. Não houve aceitação ou não adaptação pelo (a) usuário (a) ou sua família às normas do programa;
- 21.4. Não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo (a) usuário (a), responsável ou família; e
- 21.5. A equipe multidisciplinar da OCS ou a UG-FuSEx entenderem inviável a implementação do programa.
22. No caso de óbito do beneficiário, a CREDENCIADA notificará, de imediato, a família do paciente e à Seção FuSEx do Hospital Militar de Área de Campo Grande, através do fac-símile: (067) 3368-4366, a quem caberá tomar as providências necessárias.
23. O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.
24. A execução deste credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante da CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno do Hospital Militar de Área de Campo Grande. A CREDENCIADA manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.
25. O Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Campo Grande possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário.

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

26. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 8 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.
27. Registrem-se abaixo regras de contraprestação específicas a este tipo de credenciamento:
28. Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de assistência ao paciente, segundo descrito neste credenciamento, e serão remunerados com base nos valores constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Atendimento Domiciliar à Saúde do Hospital Militar de Área de Campo Grande - HMilACG – Anexo “B” do Edital:
- 28.1. A diária de internação domiciliar será contada do dia imediato ao da internação, excluído o dia da alta.
29. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata, conforme o número de dias da internação domiciliar.
30. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não





aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta no do item 7 da Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde do Hospital Militar de Área e Campo Grande, Anexo “ B ” do Edital.

31. Quando se tratar de diárias, honorários, oxigenioterapia e curativos especiais serão observados os valores e as instruções constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Assistência Domiciliar à Saúde do Hospital Militar de Área de Campo Grande, Anexo “B” do Edital.

32. A CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas quando o usuário tiver sido encaminhando por parte da Uat do Hospital Militar de Área de Campo Grande, acompanhado da Guia de Encaminhamento, com a assinatura do beneficiário ou de seu responsável que comprove a prestação do serviço:

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

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

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

35. A CREDENCIADA se obriga a apresentar a CREDENCIANTE, entre o 5º e o 10º dia útil de cada mês (qualquer dia que não seja domingo, sábado ou feriado), no horário compreendido entre 7h 30 min e 11h 30 min, no Setor de Auditoria do HmiLACG, a fatura de acordo com os modelos do anexo (PROTOCOLO PARA RECEBIMENTO E CONTROLE DE FATURA e RELAÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS), devendo ser observadas as orientações para o preenchimento disponibilizadas, sob pena de não ser protocolada a entrega, em desacordo com o estabelecido, nesta Organização Militar de Saúde.:

35.1. A 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;

35.2. A CREDENCIADA deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FUSEx, de Servidores Civis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;

35.3. A CREDENCIADA deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes internados, conforme os modelos que seguem anexados a este credenciamento:

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

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

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

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

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

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

36.1. O Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Campo Grande possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentar relatório de glosa, contado a partir do término do prazo do subitem 36.5;



COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmilacg.eb.mil.br

36.2. A CREDENCIADA poderá interpor representação, nos termos do art. 109, II, da Lei nº 8.666/1993, contra a decisão da glosa (recurso de glosa), constantes das faturas restituídas pela CREDENCIANTE, conforme a Lista Referencial de Glosa do Hospital Militar de Área de Campo Grande, Anexo “ ” do Edital, dentro do prazo de 10 (dez) dias úteis após ter sido notificado:

36.2.1. Caso a Seção de Auditoria reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento prosseguirá seu curso; e,

36.2.2. Caso o Seção de Auditoria não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Diretor do Hospital Militar de Área de Campo Grande, observado o procedimento posto nos arts 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

#### **CLÁUSULA SEXTA - Da atualização.**

37. As atualizações previstas na Seção 9 - “DA ATUALIZAÇÃO DE PREÇO” - do edital de credenciamento.

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

38. A vigência do termo de credenciamento será de 60 (sessenta) meses, a partir da data de assinatura, vinculado a esse Edital.

39. A Comissão Especial de Credenciamento poderá, obedecidas as condições previstas no Termo de Credenciamento e no seu interesse, descredenciar as instituições ou profissionais que ao final de 12 (doze) meses não apresentarem demanda de atendimento.

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

40. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente credenciamento constam do programa de trabalho para os beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FuSEX) 09.539.711/0002-94, beneficiários do SAMMED 09.539.711/0001-03 e Fator de Custos: 09.539.711/0001-03.

40.1. A despesa foi empenhada à conta do crédito acima consignado, por meio da Nota de Empenho nº XXXX-XXXX, datada de XX de XXXXXX de XXXX.

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

41. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade da CREDENCIADA.

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

43. A CREDENCIADA 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.**

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

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

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



## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Das obrigações da credenciante.**

46. As obrigações constam da Seção 10 - "OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE" - do edital de credenciamento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Das obrigações da credenciada.**

47. As obrigações constam da Seção 11 - "OBRIGAÇÕES DAS CREDENCIADAS" - do edital de credenciamento.

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Da subcontratação.**

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

50.1. Objeto - exames laboratoriais - pessoa jurídica subcontratada: Feitura de Anamneses Laboratoriais Ltda.;

50.2. Et Cetera.

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

51. A subcontratação não liberará a CREDENCIADA de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Do valor do credenciamento.**

52. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste credenciamento terá como base o levantamento estimativo realizados na fase do Estudo Preliminar realizada pela Equipe de Contratação do Hospital Militar de Área de Campo Grande.

52.1. O valor estimado deste credenciamento deverá ser tratado apenas como dado estatístico, bem como forma de determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste credenciamento;

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Do foro.**

54. O foro para dirimir questões relativas ao presente credenciamento será o da Justiça Federal de Campo Grande/MS, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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



cláusulas e condições.

[Localidade], XX de XXXXXXX de 20XX.

Pela CREDENCIANTE:

\_\_\_\_\_

Ordenador de Despesas do HMilACG

Pela CREDENCIADA:

\_\_\_\_\_

Representante legal

**TESTEMUNHAS:**



**ANEXO I à Minuta de Credenciamento de OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde**

**Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde - SAMMED / FuSEx**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)**

**Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde**

**Mês:** \_\_\_\_\_

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

<b>Nome do Profissional (*)</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura do Paciente/Responsável</b>

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Profissional/ Carimbo**



**ANEXO II à Minuta de Credenciamento para OCS Especializadas em Assistência Domiciliar à Saúde**

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)**

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

**Mês de referência:** \_\_\_\_\_

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

Equipe de Enfermagem (Identificação do profissional)	Período de Atendimento			Ass
	Noite/Dia	Data	Horário	Assinatura do Responsável

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



COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br



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

**Controle de Atendimento de Materiais / Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde - SAMMED / FuSEx**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**

**(H Mil 2ª CL/1890)**

**Controle de Atendimento de Materiais / Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde - SAMMED / FuSEx**

**Mês:** \_\_\_\_\_

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

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

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



**COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**  
Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br

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

**LISTA - ÍNDICE DE GLOSA**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**

**(H Mil 2ª CL/1890)LISTA - ÍNDICE DE GLOSA**

<b>TABELA DE GLOSAS DO FuSEx</b>			
1	Atendimento não caracterizando urgência	41	Material incluso no procedimento
2	Acomodação acima da autorizada	42	Material não coberto (ver relação anexa)
3	Atendimento por médico militar	43	Material não justificado para o caso
4	Cobrança de mais 30% em dia e hora normais	44	Material não utilizado
5	Cobrança de 30% não caracterizando urgência ou emergência	45	Material reutilizável - pagamento parcial
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico	46	Medicação não considerada de urgência
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico	47	Medicação em desacordo com a prescrição
8	Data de atendimento fora seqüência na planilha	48	Medicação em excesso
9	Data de atendimento fora da competência	49	Medicação não justificada para o caso
10	Diagnóstico ilegível	50	Medicação não prescrita
11	Diárias em excesso	51	Medicação não utilizada
12	Diárias fora da tabela acordada	52	Medicamento acima do preço de mercado
13	Documento sem assinatura / carimbo do médico assistente	53	Medicamento não coberto
14	EPI de responsabilidade do prestador	54	Medicamento suspenso
15	Especialidade não autorizada	55	Paciente não é beneficiário FuSEx
16	Evento incluso no pacote acordado	56	Prescrição médica com rasura ou ilegível
17	Evento que não comporta cobrança	57	Prestador desCONTRATADO
18	Exame não prevê cobrança de contraste	58	Procedimentos/exames em excesso
19	Exames sem laudo	59	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico



20	Exames/procedimentos não requisitados	60	Procedimento/exame em duplicidade
21	Falta discriminação dos serviços executados	61	Procedimento/exame não coberto
22	Falta registro de evolução médica e/ou de enfermagem	62	Procedimento/exame não realizado
23	Fatura sem separar (FuSEx - Servidor Civil - Fator de Custos)	63	Prontuário/ficha/boletim ilegíveis
24	Filme - cobrança em desacordo com CBR	64	Prontuário/ficha/boletim rasurados
25	Guia/Ofício de encaminhamento ilegível	65	Retorno de consulta
26	Guia/Ofício de encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável	66	SADT/exames fora da tabela acordada
27	Guia autorizada para outro prestador	67	Sem autorização p/ procedimento ou exame
28	Guia de encaminhamento fora da validade	68	Sem diagnóstico
29	Guia não autorizada pelo FuSEx	69	Sem guia/ofício de encaminhamento
30	Guia autorizada para outro beneficiário	70	Solicitação médica com data rasurada
31	Guia autorizada para outro procedimento	71	Solicitação com data posterior ao exame
32	Guia sem carimbo de autorização	72	Solicitação médica com data vencida
33	Guia/Ofício de encaminhamento carbonados ou fotocopiados	73	Solicitação médica sem data
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso	74	Soma errada - cálculo
35	Justificar cobrança	75	Taxas fora da tabela acordada
36	Material ou Medicamento adquirido por familiar a seu critério	76	Taxas indevidas ou em excesso
37	Material acima do preço de mercado	77	Visita hospitalar em duplicidade
38	Material de alto custo sem nota fiscal	78	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
39	Material em excesso	79	Visita de especialista sem autorização prévia
40	Material fixo	80	Outros



**COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: [salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br](mailto:salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br)

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)**

**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.

1	Endereço para atendimento: Cidade: _____ Estado: _____ Matrícula/PrecCp: _____	
2	Cuidado Domiciliar Prévio: SIM _____ NÃO _____	Telefones para contato: Nome do Responsável: _____
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      _____ IRC Não Dialítica _____ ICC      _____ IAM      _____ DPOC      _____ Asma      _____ Fibrose Pulmonar _____ Outro: _____	
7	Estado clínico atual: _____	
8	Grau de Atividade de Vida Diária: _____ Dependente Total      _____ Dependência Parcial      _____ Independente	





**ANEXO VI à Minuta de Contrato para OCS Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde**  
**TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

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

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





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 AJUDA 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	DIREGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAÍ DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USAR INO L OU COMADRE.			
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEBITA-SE E SELEVANTADA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.	NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEBITAR-SE OU LEVANTAR 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.			
<b>PONTUAÇÃO KATZ</b>					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	<2	DEPENDENTE TOTAL

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

### Grupo 1 - Elegibilidade

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- 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 e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

### Grupo 2 - Critérios para Indicação Imediata Internação Domiciliar

- 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.

- 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:

- Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
  - 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
  - 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 hipodérmica.
- Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada 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 internação 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.



## COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocpsa@hmlacg.eb.mil.br

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)**

### Termo Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar

1. Eu, \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, declaro que recebi todas as informações, previstas na legislação vigente e determinadas pelas normas de funcionamento do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (FUSEx), sobre o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, executado pela Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada. Tive acesso a Avaliação Inicial e Proposta Orçamentária realizadas pela OCS Credenciada.
2. É de meu conhecimento o funcionamento e características do mesmo, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e a necessidade de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pela aquisição dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento e não fornecidos pela UG FUSEx.
3. Tenho conhecimento que a definição de condutas e tipo de cuidados a serem incluídos no Programa, será feita pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e normas da UG FUSEx.
4. É de meu conhecimento que devo solicitar ao Técnico de Enfermagem o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.
5. Tenho ciência de que o Sr.(a) \_\_\_\_\_

PrecCP: \_\_\_\_\_ 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 a partir da tabela NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar Assistência Domiciliar, Anexo V. A assistência à saúde está assegurada no pós-alta na rede credenciada.

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, poderá ser atendido pela rede de Contratados do FUSEx.
  8. O Paciente com atendimento reduzido do desmame, com demanda única de dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.
  9. A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais, desta forma, havendo demanda isolada de oxigenoterapia, o equipamento deve ser alugado podendo ser solicitado o ressarcido parcial pelo FUSEx (com autorização prévia ) ou adquirido gratuitamente na rede do SUS.
  10. Compreendo que o Técnico de Enfermagem no domicilio é um profissional exclusivo para o paciente, não faz parte das atividades do Técnico exercer funções domésticas tais como limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.
  11. A necessidade da presença do Auxiliar/Técnico de Enfermagem seria apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como administrar medicações por via parentais, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que podem ser realizados pelo cuidador.
  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 ineligíveis 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 a 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 caso haja suspensão do serviço de Atenção Domiciliar, devo devolver todo material medicamento, equipamento e dietas a 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 Senhor (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 autenticadas:*

*Carteira de Identidade do paciente/ beneficiário*

*Cartão FUSEx do paciente/ beneficiário*

*Comprovante de residência*



**COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE OCS / PSA**  
**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE**

Av. Duque de Caxias, 474 - Bairro Amambaí - Campo Grande-MS - CEP: 79.100-400  
Telefone: (67) 3368-4323 / 3368-4398 / e-mail: salc-ocspsa@hmlacg.eb.mil.br

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE  
(H Mil 2ª CL/1890)**

FICHA DE ATENDIMENTO				
UTI: _____ USB _____			Data: ____/____/____	
Paciente: _____ _____			Idade: _____	Sexo: M____ F____
Instituição /Convênio:- _____		____ Pré ____ Inter-Hospitalar ____ Alta ____ Programada ____ Retorno		
Deslocamento: ____:____hs	Chegada Local: ____:____hs	Saída Local: ____:____hs	Chegada Destino: ____:____hs	Liberação: ____:____hs
Equipe: _____				
Endereço: _____ _____ N° _____			Bairro: _____	
Cidade: _____		Referência: _____		
Evolução: _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Conduta: _____ _____ _____				
Destino _____				
Data: ____/____/____			(Assinatura Paciente /Familiar)	

