



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

CONTRATANTE: UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA / EXÉRCITO BRASILEIRO / COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR.

CONTRATADO: MED SAÚDE SERVIÇOS DE INTERNAÇÕES DOMICILIARES LTDA

OBJETO: Prestação de serviços de Atenção domiciliar a saúde.

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: 27/02/2025 a 27/02/2030

VALOR ESTIMADO: R\$ 750.000,00 (setecentos e cinquenta mil reais)

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: 64279.067934/2024-20

CONTRATO Nr 20/2025: originado do PCS/INEX 43/2025 SAMMED/FUSEx do Edital 03/2024 – CEL/FUSEx

A união, entidade de direito público interno, por intermédio do Comando da 1ª Região Militar, órgão do ministério da defesa - Exército Brasileiro, com sede na Praça Duque de Caxias, 25, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 22 , inscrito no CNPJ sob o nº 10.189.168/0001-40, representado neste ato pelo ordenador de despesas, Sr. Tenente coronel FELIPPE GOMES LIMA, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado contratante, e de outro lado a Organização Civil de Saúde MED SAÚDE SERVIÇOS DE INTERNAÇÕES DOMICILIARES LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 27.230.280/0001-80, estabelecida na Rua dos Goytacazes, 991, sala 1, Parque Turf Club, Campos dos Goytacazes/RJ, neste ato representada por CARLOS ROBERTO BASTOS FILHO, Representante Legal, conforme atos constitutivos da empresa apresentado nos autos, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado contratado, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do edital de credenciamento, que integram o presente termo de contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

- 1.1.** A finalidade deste Contrato é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e servidores civis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no edital, por intermédio de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) Especializadas em Atenção Domiciliar à Saúde na(s) modalidade(s) de Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar, Suporte Básico, Procedimentos de Enfermagem, Tratamento de Lesão de Pele (Curativos), Intervenção Específica (Medicações Parenterais), Cuidado Paliativo, Gerenciamento de Casos Crônicos e outros Programas, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de Atenção Domiciliar à Saúde, nos termos abaixo delimitados: atividade de Home Care, com abrangência de fornecimento de fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, cuidador de idoso, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogo e enfermeiros.

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

2. CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2.1. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento do Comando da 1ª Região Militar, de 26 de junho de 2024, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

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

4. CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

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

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

- 4.2.1. Idosos;
- 4.2.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- 4.2.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
- 4.2.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

4.3. Os mecanismos de encaminhamento dos pacientes para a Atenção Domiciliar à Saúde e as normas para o atendimento dar-se-ão segundo os critérios de captação e de elegibilidade que se seguem:

4.3.1. A indicação da Atenção Domiciliar deve ser realizada pelo médico que acompanha o paciente durante seu tratamento. Esta indicação deve seguir um Relatório Médico para Desospitalização, nos termos do Anexo IV deste contrato, em que consta histórico clínico e torna o pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

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

4.3.3. 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.

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

- 4.4.1. dados de identificação (paciente e responsável);
- 4.4.2. diagnósticos;
- 4.4.3. histórico clínico do paciente;
- 4.4.4. medicamentos em uso;
- 4.4.5. avaliação de dependência;
- 4.4.6. avaliação do sistema tegumentar;
- 4.4.7. exame físico;
- 4.4.8. avaliação da dor;
- 4.4.9. avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário);
- 4.4.10. recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos);
- 4.4.11. enquadramento no Programa de Atenção Domiciliar, utilizando-se critérios clínicos a partir da tabela NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar - padronizado neste contrato como anexo V. Ressalta-se que, embora utilizando-se a tabela NEAD na decisão para enquadramento do paciente no programa, deve-se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

4.5. 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.

4.6. Observação:

- 4.6.1. As sessões solicitadas por cada profissional devem seguir o padrão abaixo para autorização:
- 4.6.2. Médico - 1 visita mensal;
- 4.6.3. Fisioterapeuta (motora /respiratória) - 3 sessões semanais;
- 4.6.4. Fonoaudiologia – 2 sessões semanais;
- 4.6.5. Psicologia – 1 sessão semanal;

- 4.6.6.** Terapeuta Ocupacional – 2 sessões semanais;
- 4.6.7.** Assistência Social – 1 visita mensal.
- 4.6.8.** Havendo necessidade do profissional aumentar a quantidade das sessões, este deverá solicitar um aditivo da UG FUSEx mediante relatório com justificativa detalhada.
- 4.7.** Todo profissional da OCS CONTRATADA, deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente presente no domicílio.
- 4.8.** Ajustado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, torna-se necessária a comunicação do Enfermeiro (a) auditor com o paciente e a família, antes do início do atendimento. Deve-se informar sobre a responsabilidade familiar na execução do Plano Terapêutico, uma vez que os profissionais de saúde passarão orientações aos familiares objetivando o sucesso do atendimento e a melhoria do estado de saúde do paciente. Também devem ser informados os objetivos e particularidades do tratamento, as atribuições da equipe de assistência domiciliar, as atribuições do FUSEx e do paciente/família. Finaliza-se esta reunião com a assinatura de um Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar - Anexo VI.
- 4.9.** 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.
- 4.10.** 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.
- 4.11.** Ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas 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;
- 4.12.** 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;
- 4.13.** A desmobilização da Atenção Domiciliar à Saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada e previamente acordado, até a alta da Atenção Domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do Plano de Terapêuticos de Cuidados em Domicílio;
- 4.14.** O Serviço de Auditoria de Contas Médicas do Comando da 1ª RM 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;
- 4.15.** 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:
- 4.15.1.** Autorização será válida para no máximo 30 dias;
- 4.15.2.** As prorrogações deverão ser encaminhadas ao CONTRATANTE, pela Unidade Gestora, mensalmente com no mínimo 10 (dez) dias antes do mês que ocorrerá a execução do serviço, a fim de viabilizar a análise e autorização em tempo oportuno.
- 4.15.2.1.** Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente. Havendo incoerências nos relatórios, o CONTRATANTE poderá não autorizar o atendimento;
- 4.15.2.2.** Quando houver curativos, deverá estar anexado e relatório padrão para curativos da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) ou médico (a) responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, descrição de todo o procedimento a ser realizado incluindo materiais utilizados e prescritos e programação de alta/desmame dos mesmos.
- 4.15.3.** Ao final do período será emitida uma autorização constando o Plano de Cuidados em Domicílio liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais, medicamentos, dispositivos e equipamentos.
- 4.15.4.** Os orçamentos referentes às intercorrências serão aprovados no decorrer do atendimento;
- 4.15.5.** 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.
- 4.16.** A regulação da atenção domiciliar é realizada através de autorizações prévias divididas em duas modalidades:
- 4.16.1.** Prorrogações; e
- 4.16.2.** Complementares (intercorrências).

- 4.17.** Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo CONTRATADO na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;
- 4.18.** O CONTRATADO deverá promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado; e
- 4.19.** O CONTRATADO deverá elaborar o relatório quando houver mudança de Programa de Atenção Domiciliar e alta domiciliar pelos seguintes motivos:
- 4.19.1.** Alta por melhora;
 - 4.19.2.** Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;
 - 4.19.3.** Quando o (a) usuário (a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere este credenciamento;
 - 4.19.4.** Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CONTRATANTE ou CONTRATADO;
 - 4.19.5.** Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico; e
 - 4.19.6.** Óbito.
- 4.20.** 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.
- 4.21.** Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Comissão de Lisura e Contas Médicas da UG FUSEx de vinculação do usuário, tendo por base a seguinte legislação:
- 4.21.1.** Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;
 - 4.21.2.** Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32);
 - 4.21.3.** Instruções Reguladoras para o fornecimento de medicamento de custo elevado e produtos médicos aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (Fussex) (EB 30-IR-10.004);
 - 4.21.4.** Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
 - 4.21.5.** Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;
 - 4.21.6.** RDC nº 11, da ANVISA;
 - 4.21.7.** RN nº 211, da ANS;
 - 4.21.8.** Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde;
 - 4.21.9.** Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, do Ministério da Saúde;
 - 4.21.10.** Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde;
 - 4.21.11.** Portaria nr 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde;
 - 4.21.12.** Portaria nr 2.529, de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde;
 - 4.21.13.** Resolução CFM nº 1.668/2003; e
 - 4.21.14.** Resolução nº 270, de 18 de abril de 2002, do COFEN.
- 4.22.** 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.
- 4.23.** Remoções: preferencialmente serão realizadas por:
- 4.23.1.** OMS (Organização Militar de Saúde);
 - 4.23.2.** Na impossibilidade da OMS, serão realizadas por OCS (Organizações Cíveis de Saúde) contratados pelo Comando da 1ª Região Militar, mediante autorização da OMS encaminhadora. Pagamento NF + 20%;
 - 4.23.3.** Na impossibilidade das situações anteriores, pela OCS prestadora de assistência domiciliar, mediante autorização da OMS encaminhadora.
- 4.24.** As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CONTRATADO em até 2 (dois) dias úteis ao CONTRATANTE, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas;

- 4.25.** 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;
- 4.26.** 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, ao hospital conveniado do CONTRATANTE:
- 4.26.1.** O encaminhamento a OCS não credenciada será precedida de justificativa sobre eventuais impedimentos ou indicações médicas, e apenas nas hipóteses de urgência e emergência;
- 4.26.2.** O CONTRATADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FUSEx do Comando da UG FUSEx de vinculação do usuário.
- 4.27.** O CONTRATADO, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Atenção Domiciliar, Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Tratamento de Lesão de Pele (Curativos), Intervenção Específica (Medicações Parenterais), Cuidado Paliativo, Gerenciamento de Casos Crônicos e outros Programas, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de Atenção domiciliar à Saúde:
- 4.27.1.** Assistência Domiciliar indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas, prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e assistência de fisioterapia, permitindo garantir melhoria nas atividades de vida diárias (AVD's) e maior independência funcional.
- 4.28.** Internação domiciliar: indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, que se não receberem um suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. Indicada, também, em momento de término da hospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. Destinado a pacientes com incapacidade temporária ou permanente, quadro clínico complexo e que necessitam de equipamentos específicos e do acompanhamento do técnico de enfermagem. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:
- 4.28.1.** Internação domiciliar de baixa complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia;
- 4.28.2.** Internação domiciliar de média complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia;
- 4.28.3.** Internação domiciliar de alta complexidade: inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.
- 4.29.** Procedimentos de Enfermagem: envolve técnicas que podem ser implementadas pela equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.
- 4.30.** Intervenção Específica: destinado ao tratamento de doenças agudas com aplicação de medicamentos endovenosos e duração predeterminada.
- 4.31.** Cuidado Paliativo: visa melhorar as condições de vida dos pacientes e familiares que enfrentam situações relacionadas à doença terminal. Busca aliviar a dor, integrando aspectos psicológicos, espirituais e de suporte no cuidado do doente no final de vida.
- 4.32.** Tratamento de Lesão de Pele: destinado aos portadores de lesões cutâneas agudas ou crônicas que necessitam de acompanhamento especializado para a realização de curativos em casa. Realizam-se visitas domiciliares para avaliação de ferida e o paciente tem o conforto e a segurança de ser acompanhado por enfermeiro e técnicos de enfermagem.
- 4.33.** Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:
- 4.33.1.** Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:
- 4.33.1.1.** Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;
- 4.33.1.2.** Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;
- 4.33.1.3.** Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;
- 4.33.1.4.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;
- 4.33.1.5.** Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e
- 4.33.2.** Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou

- Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.
- 4.33.3.** Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:
- 4.33.3.1.** Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;
 - 4.33.3.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
 - 4.33.3.3.** Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;
 - 4.33.3.4.** Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;
 - 4.33.3.5.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
 - 4.33.3.6.** Pacientes com infecções de repetição; e
 - 4.33.3.7.** Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.
- 4.33.4.** Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:
- 4.33.4.1.** Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
 - 4.33.4.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
 - 4.33.4.3.** Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
 - 4.33.4.4.** Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;
 - 4.33.4.5.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;
 - 4.33.4.6.** Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e
 - 4.33.4.7.** Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.
- 4.33.5.** O CONTRATADO deverá realizar os treinamentos necessários aos cuidadores/acompanhantes dos pacientes a serem assistidos pela atenção domiciliar à saúde.
- 4.33.6.** O CONTRATADO se obriga a apresentar ao CONTRATANTE a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção domiciliar à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CONTRATADO para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades:
- 4.33.7.** O CONTRATADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e
- 4.33.8.** Quando a equipe multidisciplinar do CONTRATADO for constituída, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CONTRATANTE.
- 4.33.9.** Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:
- 4.33.9.1.** O membro do Corpo Clínico do CONTRATADO;
 - 4.33.9.2.** O que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO; e
 - 4.33.9.3.** O autônomo que presta serviço ao CONTRATADO.
- 4.33.10.** 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.
- 4.33.11.** O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde que prestará a Atenção domiciliar ao paciente, contendo os números de telefone dos profissionais da referida equipe para os contatos que se fizerem necessários entre o paciente e/ou seu responsável com a equipe de atenção domiciliar.
- 4.33.12.** A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de pelo menos um dos membros da equipe de Auditores do CONTRATANTE às dependências do CONTRATADO e no domicílio do paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado.
- 4.33.13.** O CONTRATADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CONTRATANTE, documentos médico-legais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.
- 4.33.14.** A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUSEx/SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise do Serviço de Auditoria de Contas Médicas da UG FUSEx, que decidirá pela sua autorização ou negação.
- 4.33.15.** Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do Comando da 1ª RM:

- 4.33.15.1.** O CONTRATANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.
- 4.33.15.2.** 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.
- 4.33.16.** Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo "N" do edital, não se incluem na presente contratação:
- 4.33.16.1.** Caso solicitado, o CONTRATADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins.
- 4.33.17.** Não será autorizada ou poderá ser cancelada a atenção domiciliar quando:
- 4.33.17.1.** Não houver cuidador, pessoa da família ou contratado, capacitado para participar dos procedimentos de atenção às necessidades básicas de higiene pessoal, alimentação, troca de roupa, de cama e de fraldas, e às atividades cotidianas do paciente;
- 4.33.17.2.** O domicílio do usuário apresentar acesso difícil para ambulância, equipamentos ou atendimentos de urgência;
- 4.33.17.3.** As condições emocionais do paciente ou dos familiares inviabilizarem o tratamento;
- 4.33.17.4.** Não houver aceitação ou não adaptação pelo paciente ou por sua família às normas da Atenção Domiciliar;
- 4.33.17.5.** Não houver aceitação da equipe multiprofissional pelo paciente, pelo responsável ou pela família; e
- 4.33.17.6.** A equipe multiprofissional da OCS ou da Unidade Gestora entender ser inviável a implementação da Atenção Domiciliar.
- 4.33.18.** No caso de óbito do beneficiário, o CONTRATADO notificará, de imediato, a UG-FUSEx de vinculação do usuário e/ou por e-mail sammedfusex@1rm.eb.mil.br, a quem caberá tomar as providências necessárias.
- 4.33.19.** O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado.
- 4.33.20.** A execução deste contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante do CONTRATANTE, designado em Boletim Interno do Comando da 1ª Região Militar. O CONTRATADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo.
- 4.33.21.** O Serviço de Auditoria do Comando da 1ª Região Militar e da UG-FUSEx de vinculação do usuário possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

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

- 5.1.** Os serviços e as diárias de internações domiciliares incluirão os procedimentos de Atenção ao paciente, segundo descrito neste contrato, e serão remunerados com base nos valores constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico do Comando da 1ª RM, Anexo K do Edital:
- 5.2.** A diária de internação domiciliar será contada do dia imediato ao da internação, incluindo o dia da alta.
- 5.3.** Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata, conforme o número de dias da internação domiciliar.
- 5.4.** A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FUSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta do item 8 da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico da Guarnição do Comando da 1ª RM, Anexo K do Edital.
- 5.5.** Quando se tratar de materiais e medicamentos, oxigenioterapia e curativos serão observados os valores e as instruções constantes da Lista Referencial de Procedimentos de Atenção Domiciliar à Saúde do Posto Médico do Comando da 1ª RM, Anexo K do Edital.
- 5.6.** Procedimentos não especificados na(s) Guia(s) de Encaminhamento e os não cobertos não serão ressarcidos por parte do CONTRATANTE
- 5.7.** Os valores vigentes na data de atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.
- 5.8.** O CONTRATANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;
- 5.9.** O CONTRATADO deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FUSEx, de Servidores Civis, de usuários de Fator de Custos e dos pacientes que evoluíram ao óbito;
- 5.10.** O CONTRATADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes no programa de Atenção Domiciliar, conforme os modelos que seguem anexados a este contrato:
- 5.10.1.** Anexo I: Controle de Atendimento dos Profissionais de Atenção Domiciliar à Saúde;
- 5.10.2.** Anexo II: Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Atenção Domiciliar à Saúde; e
- 5.10.3.** Anexo III: Controle de Materiais/Medicamentos de Atenção Domiciliar à Saúde.
- 5.11.** Todos os documentos que compõem o processo de Atendimento Domiciliar, devem ser originais, não sendo aceitas as cópias para formalização do mesmo.

- 5.12. O CONTRATANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo; e,
- 5.13. Aceita a documentação, dentro do prazo acima fixado, a mesma será recebida por meio de termo circunstanciado assinado pelas partes.
- 5.14. O CONTRATANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este contrato ou o edital.
- 5.15. O Setor de Lisura do Posto Médico do Comando da 1ª RM possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentar relatório de glosa, contado a partir do término do prazo do subitem 32.3.3.3;
- 5.16. O CONTRATADO poderá interpor representação, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo CONTRATANTE, conforme a Lista Referencial de Glosa do Posto Médico do Comando da 1ª RM, Anexo T deste Contrato, dentro do prazo de 30 (trinta) dias:
- 5.16.1. Caso o Setor de Lisura reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento prosseguirá seu curso; e,
- 5.16.2. Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada, como recurso, ao Chefe da Seção Administrativa do Posto Médico do Comando da 1ª RM, observado o procedimento posto nos Arts 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.

6. CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.

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

7. CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

- 7.1. O prazo de vigência da contratação é de 60 (sessenta) meses, contados de sua assinatura, na forma do artigo 106 da Lei nº 14.133, de 2021.
- 7.2. O Presente contrato é improrrogável.
- 7.3. O CONTRATADO dará início aos serviços na data de assinatura do contrato.

8. CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

- 8.1. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos decorrentes deste Edital serão os seguintes:
- 8.1.1. Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0270270037 – 0270270013 - 0151000000, Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 171500 – 171497 – 171498 – 171499, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SACIVOCOSA – D8SAFUSOCSA – D8SAFCTOCSA – D8SAECBOCSA.
- 8.1.2. Para PSA: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0270270037 – 0270270013 - 0151000000, Programa de Trabalho Resumido (PTRES) 171500 – 171497 – 171498 - 171499, Natureza de Despesa 339036 e Plano Interno D8SACIVPRSA – D8SAFUSPRSA – D8SAFCTPRSA – D8SAECBPRSA.

9. CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

- 9.1. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO.
- 9.2. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.
- 9.3. O CONTRATADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.

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

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

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

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.

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

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.

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

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

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

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.

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

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

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

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

15.4. É vedado à CONTRATADA delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Contrato.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.

16.1. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste contrato terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo Posto Médico do Comando da 1ª RM, nos contratos anteriores.

16.2. O valor estimado deste contrato deverá ser tratado apenas como dado estatístico, fruto da evolução da despesa no período citado, bem como forma de determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste contrato;

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

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

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do foro.

17.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Justiça Federal do Rio de Janeiro-RJ, Seção Judiciária do Rio de Janeiro com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Contrato, em 2 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2025.

FELIPPE GOMES
Assinado de forma digital por
FELIPPE GOMES LIMA:08002832795
LIMA:08002832795 Dados: 2025.03.05 15:18:23 -03'00'

FELIPPE GOMES LIMA – TC
Ordenador de Despesas do Comando da 1ª Região Militar
Credenciante

CARLOS ROBERTO BASTOS
Assinado de forma digital por
CARLOS ROBERTO BASTOS
FILHO:95818383768
FILHO:95818383768 Dados: 2025.02.27 18:14:10 -03'00'

CARLOS ROBERTO BASTOS FILHO
Representante Legal
Credenciado

ANEXO I À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

Controle de Atendimento dos Profissionais de Atenção Domiciliar à Saúde

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

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

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

Assinatura do Profissional/Carimbo

ANEXO II À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA

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

Contratante: FUSEx BH (ID/IE)						
Nível de Complexidade		Início do Turno	Término do Turno	Tipo do Turno	Nome do Profissional	Assinatura do Profissional/Carimbo
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		Assinatura do Paciente
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		
Plantão hs		/ / - hs	/ / - hs	Ímpar /Dia		

Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		
Plantão	hs	/ / -	hs	/ / -	hs	Ímpar /Dia		

Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo

ANEXO III À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

Controle de Atendimento de Materiais / Medicamentos de Atenção Domiciliar

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Descrição do Material/Medicamento	Data	Quantidade

Assinatura do Paciente/Responsável

ANEXO IV À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

Relatório Médico para Desospitalização

Caro (a) Doutor (a),

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

Observações:

1. Caso o paciente receba alta sem a liberação da operadora de saúde, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise da operadora.
3. Todos os itens deste relatório são de preenchimento obrigatório.
4. Se necessário anexar relatório complementar.

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

	☐ AVCi Dialítica ☐ AVCh ☐ DM ☐ HAS ☐ IRC Não						
	☐ ICC Pulmonar ☐ IAM ☐ DPOC ☐ Asma ☐ Fibrose						
	☐ Outro: _____						
7	Estado clínico atual:						
8	Grau de Atividade de Vida Diária: ☐ Dependente Total ☐ Dependente Parcial ☐ independente						
9	Recursos Humanos Sugeridos: ☐ Enfermagem ☐ Nutrição ☐ Médico ☐ Fisioterapia Respiratória ☐ Fisioterapia Motora ☐ Fonoterapia ☐ Outro Profissional: _____						
10	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Suporte Ventilatório:</td><td> ☐ Aspiração de Vias Aéreas _____ x/dia ☐ Traqueostomia ☐ Ventilação Mecânica ☐ Cateter Nasal </td></tr> <tr> <td> ☐ Oxigênio: _____ 1/min ☐ Intermitente ☐ Contínuo </td></tr> <tr> <td> ☐ BIPAP/CIPA: _____ Intermitente ☐ Contínuo </td></tr> <tr> <td> ☐ Nebulização: _____ Intermitente ☐ Contínuo </td></tr> </table>	Suporte Ventilatório:	☐ Aspiração de Vias Aéreas _____ x/dia ☐ Traqueostomia ☐ Ventilação Mecânica ☐ Cateter Nasal	☐ Oxigênio: _____ 1/min ☐ Intermitente ☐ Contínuo	☐ BIPAP/CIPA: _____ Intermitente ☐ Contínuo	☐ Nebulização: _____ Intermitente ☐ Contínuo	
Suporte Ventilatório:	☐ Aspiração de Vias Aéreas _____ x/dia ☐ Traqueostomia ☐ Ventilação Mecânica ☐ Cateter Nasal						
	☐ Oxigênio: _____ 1/min ☐ Intermitente ☐ Contínuo						
	☐ BIPAP/CIPA: _____ Intermitente ☐ Contínuo						
	☐ Nebulização: _____ Intermitente ☐ Contínuo						
11	<table border="1"> <tr> <td>Terapia Nutricional:</td><td> ☐ Oral ☐ SNE / SNG ☐ NPT ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia </td></tr> </table>	Terapia Nutricional:	☐ Oral ☐ SNE / SNG ☐ NPT ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia				
Terapia Nutricional:	☐ Oral ☐ SNE / SNG ☐ NPT ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia						
12	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:</td><td>Medicação (Dosagem e Frequência da Administração):</td></tr> <tr> <td> ☐ EV ☐ IM ☐ SC </td></tr> <tr> <td> ☐ Acesso Venoso: ☐ Periférico ☐ Central Tipo: _____ </td></tr> <tr> <td> Data Início: ____/____/____ ____/____/____ </td></tr> <tr> <td> Data Término: _____ </td></tr> </table>	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	Medicação (Dosagem e Frequência da Administração):	☐ EV ☐ IM ☐ SC	☐ Acesso Venoso: ☐ Periférico ☐ Central Tipo: _____	Data Início: ____/____/____ ____/____/____	Data Término: _____
Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	Medicação (Dosagem e Frequência da Administração):						
	☐ EV ☐ IM ☐ SC						
	☐ Acesso Venoso: ☐ Periférico ☐ Central Tipo: _____						
	Data Início: ____/____/____ ____/____/____						
	Data Término: _____						

		☐ SVA intermitente ☐ x/dia ☐ SVD ☐ Diálise Peritoneal ☐ Cistostomia ☐ Ileostomia ☐ Colostomia
		Curativos: ☐ Sim ☐ Não Locais:
13	Necessita de Remoção:	☐ Condução Própria ☐ Ambulância Simples ☐ Condução Ambulância UTI
Observações:		
Data ____/____/____		Médico (Carimbo e CRM legível)

MED SAUDE
 SERVICOS DE
 INTERNACOES
 DOMICILIARES
 LT:27230280000180
 LT:27230280000180

Assinado de forma digital
 por MED SAUDE SERVICOS
 DE INTERNACOES
 DOMICILIARES
 LT:27230280000180
 Dados: 2025.02.27 18:16:08
 -03'00'

ANEXO V À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

Data da Avaliação:

____/____/____ Matrícula/PrecCp: _____ Idade: _____ Convênio:

Nome do

Paciente: _____

Diagnóstico Principal: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE

	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		

Se responder “**NÃO**” a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.

GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

	Perfil de Internação Domiciliar		
	24 HORAS	12 HORAS	ATENDIMENTO DOMICILIAR OUTROS PROGRAMAS
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia	Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia		Até 4 vezes/dia

Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), **considerar a maior complexidade assinalada**, ainda que uma única vez.

GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/ EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO	0	0 - 1	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES

ANO		INTERNAÇÃO				
ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	0	N E N H U M A O U LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULA R 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

*SNH=Sonda Nasogástrica e SNE= Sonda Nasoentérica ** Consulte ESCORE KATZ no verso ***Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

PONTUAÇÃO

FINAL:

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicações Parenterais () Outros Programas	De 12 a 17 Internação Pontos	Considerar Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Internação Pontos	Considerar Domiciliar 24h

ESCORE DE KATZ

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

ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.	NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.			
PONTUAÇÃO KATZ:					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo:			Data: ____/____/____		

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

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

Grupo 2 – Critérios para indicação imediata de internação domiciliar

- 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 aplicações 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 hipodermoclise. 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 intervenção domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde. A falta de indicação de internação domiciliar pelos critérios apontados no grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO VI À MINUTA DE CONTRATO DE OCS ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 1ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO MARECHAL HERMES DA FONSECA**

Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar

1. Eu, _____ CPF: _____, declaro que recebi todas as informações previstas na legislação vigente e determinadas pelas normas de funcionamento do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (FUSEx), sobre o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, executado pela Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada. Tive acesso à Avaliação Inicial e Proposta Orçamentária realizadas pela OCS credenciada.

2. É de meu conhecimento o funcionamento e as características do mesmo, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e à necessidade de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pela aquisição dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento e não fornecidos pela UG/FUSEx.

3. Tenho conhecimento que a definição de condutas e tipo de cuidados a serem incluídos no Programa será feita pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e normas da UG /FUSEx.

4. É de meu conhecimento que devo solicitar ao Técnico de Enfermagem o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.

5. Tenho ciência de que o Sr.(a) _____,

Prec-CP _____ pode se desligar do programa a qualquer momento, por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que o programa poderá ser suspenso ou reduzido ao desmame pela OCS ou pela UG/FUSEx conforme classificação dos critérios clínicos.

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

Além do acima citado, constituem situações que ensejam a suspensão dos serviços de Atenção Domiciliar:

- a) necessidade de reinternação por agravamento do caso;
- b) alta domiciliar;
- c) óbito do paciente;
- d) evolução para condições que impeçam o processo normal de atendimento;
- e) descumprimento de orientações terapêuticas e sociais;

f) descumprimento das normas que regem este regulamento;

g) desligamento do beneficiário do FUSEx;

h) ausência do cuidador.

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

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

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

9. Compreendo que o Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente e que não faz parte das atividades do Técnico exercer funções domésticas tais como limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

10. A necessidade da presença do Auxiliar/Técnico de Enfermagem é apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como: administrar medicações por via parentais; manipular aparelhos ventiladores mecânicos; realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que podem ser realizados pelo Cuidador.

11. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código - 5162-10, e considera que o Cuidador pode ser um familiar ou pessoa 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.

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

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

Informo que o cuidador indicado é o Sr.(a) _____, RG n.º _____, CPF n.º _____, _____ (grau de parentesco), que está ciente e de acordo com as incumbências desta indicação.

Tendo compreendido e concordado com todos os itens deste Termo de Adesão ao

Paciente ou responsável

Identidade Nr:

CPF:

Programa de Atenção Domiciliar, assinam abaixo: beneficiário, representante legal ou familiar responsável, acima identificado.

Anexas cópias autenticadas:

Carteira de Identidade do paciente/ beneficiário

Cartão FUSEx do paciente/ beneficiário

Comprovante de residência