



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE**

CONTRATANTE: UNIÃO/MINISTÉRIO DA DEFESA
/EXÉRCITO BRASILEIRO/HOSPITAL MILITAR DE
ÁREA DE PORTO ALEGRE (HMAPA)

CONTRATADO: BRIDI E VACCARI HOME CARE
LTDA

OBJETO: Prestação de Serviços de Assistência Domiciliar à
Saúde (Home Care)

NATUREZA: Ostensiva.

VIGÊNCIA: A contar da data da assinatura.

VALOR ESTIMADO: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais)

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço
unitário.

PROCESSO Nº: 0394452000103-1- 015438/2023

CONTRATO Nr: 585/2024

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do **HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE (HMAPA)**, Órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Av. Mariland, nº 450, Bairro Auxiliadora, Porto Alegre – RS, CEP 90440-191, inscrita no CNPJ sob o nº 10.360.293/0001-71, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, Tenente Coronel **PEDRO LEOPOLDO ROUQUAYROL**, portador da cédula de identidade nº 102873254-1, expedida pelo Exército Brasileiro e CPF nº 380.118.833-72, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CONTRATANTE/CREDENCIANTE**, e de outro lado a Organização Civil de Saúde **BRIDI E VACCARI HOME CARE LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 41.926.714/0001-02, estabelecida na Avenida Itália, 325, Sala 105, Bairro São Pelegrino, Caxias do Sul – RS CEP 95.010-040, neste ato representada pelo Sr. **ANDRÉ LUÍS BRIDI**, portador da cédula de identidade nº 90684993627 expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 802.282.400-34, residente e domiciliado na Cidade de Caxias do Sul e Sra. **CAMILA CATARINA VACCARI**, portadora da

cédula de identidade nº 1055906621 expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 962.232.430-49, residente e domiciliada na Cidade de Caxias do Sul, doravante denominada **CONTRATADA/CREDENCIADA**, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do **Edital de Credenciamento 01/2024 e seus anexos**, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto.

1. A finalidade deste Contrato é garantir aos militares da ativa, da reserva ou reformados, ex-combatentes, pensionistas e seus dependentes e Servidores Civis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e dependentes, nas condições especificadas **neste instrumento, no edital de credenciamento 01/2024 e no Anexo J (descrição do serviços e valores de referência)**, por intermédio de Organizações Civis de Saúde (OCS) Especializadas em atenção domiciliar à saúde na(s) modalidade(s) de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Gerenciamento de casos crônicos, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de atenção domiciliar à saúde, nos termos abaixo delimitados:

1.1 As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar à saúde devem ser constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo, necessários à prestação dos serviços contratados.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao edital.

2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento 01/2024 do HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE (HMAPA), de 19 de setembro de 2024, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA – Do fundamento legal.

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

CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução.

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

4.1 O contrato de prestação de serviços de atenção domiciliar é única e exclusivamente executado

fora das instalações da Organização Militar de Saúde (OMS) e Organizações Civis de Saúde (OCS) caracterizadas como hospitais e clínicas.

4.2 O prazo de prescrição da Guia de Encaminhamento é de 30 (trinta) dias, contados da data de expedição.

4.3 A escolha do prestador de serviços será sempre um direito do paciente, familiar ou responsável, sendo vedado ao **CREDENCIANTE** promover demanda mínima de encaminhamento a **CREDENCIADOS**.

4.4 Para o início do atendimento de atenção domiciliar à saúde, a apresentação do paciente à equipe de profissionais do **CONTRATADO** correrá por conta do beneficiário e/ou de seu responsável, por meio do agendamento de visita domiciliar solicitada por parte do **CONTRATANTE** para a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar.

4.5 O plano de Atenção Domiciliar 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 avaliado e determinado pela Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar – NEAD.

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

4.6.1 Idosos;

4.6.2 Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

4.6.3 Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

4.6.4 Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

4.7 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:

4.7.1 Uma Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Porto Alegre, coordenada pela Divisão de Medicina, realizará as avaliações dos casos solicitados e proferirá um relatório que será analisado pela Setor de Auditoria do HMAPA;

4.7.2 O parecer do Setor de Auditoria do Hospital Militar de Área de Porto Alegre será encaminhado ao FuSEx, juntamente com toda documentação necessária (cópia da identidade militar ou documento legal de identificação, cópia do cartão do FuSEx, cópia do relatório da Equipe Multidisciplinar).

4.7.3. A UG/FuSEx indicará ao **CREDENCIADO** o 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;

4.7.4. O **CREDENCIADO** terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para fornecer ao **CREDENCIANTE** O Plano de Atendimento Domiciliar juntamente com um orçamento prévio;

4.7.5. Após autorização pela Região Militar ou Diretoria de Saúde, do orçamento prévio, será expedida a competente Guia de Encaminhamento para início do atendimento;

4.7.6 À Seção de Auditoria médica e de enfermagem competirá realizar os contatos com a equipe profissional do **CREDENCIADO** para eventuais alterações no Plano de Atenção Domiciliar proposto, respeitados os preceitos éticos estabelecidos por parte dos respectivos Conselhos Federais de Classe;

4.7.7 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;

4.7.8 O **CREDENCIANTE** poderá, por meio da Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Porto Alegre, solicitar ao **CREDENCIADO**, em regime de transição coordenada, o início da atenção domiciliar à saúde de pacientes internados em OCS, assim que o mesmo obtenha alta hospitalar;

4.7.9. 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:

4.7.9.1 O plano de Atenção Domiciliar 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;

4.7.9.2 . A autorização será válida para no máximo 30 (trinta) dias:

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

4.7.10 As prorrogações deverão ser encaminhadas ao **CONTRATANTE** antes do período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período:

4.7.10.1 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;

4.7.10.2 Quando houver curativos, deverá estar anexado o relatório padrão para curativos

da equipe especializada em lesão, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) 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;

4.7.10.3 Quando houver traqueostomia, deverá estar anexado o relatório padrão da equipe especializada em traqueostomia, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) responsável. Na evolução deve constar possibilidade de decanulação, presença de infecção, presença de hipersecreção brônquica, materiais utilizados e prescritos e programação de desmame dos mesmos;

4.7.10.4 Quando houver dieta por gastrostomia ou sonda nasointestinal, deverá estar anexado o relatório padrão da equipe especializada, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro (a) responsável. Na evolução deve constar possibilidade de retirada, presença de infecção, materiais utilizados e prescritos e programação de desmame dos mesmos.

4.7.11 Ao final do período será emitida uma autorização constando o plano de atendimento liberado, contemplando os recursos humanos necessários, materiais, dispositivos e equipamentos, além da definição da periodicidade do envio de relatórios de atendimento;

4.7.12 Os orçamentos referentes às intercorrências, devidamente justificadas, serão aprovados no decorrer do atendimento;

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

4.7.13.1 Prorrogações;

4.7.13.2 Complementares (intercorrências justificadas).

4.7.14 Os materiais necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo **CREDENCIADO** na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

4.7.15. No caso de sobras de materiais o **CREDENCIADO** deverá relatar ao serviço de auditoria do Hospital militar a fim de evitar prejuízos e desperdícios de matérias.

4.7.16 O **CREDENCIADO** deverá promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente tendo em vista a promoção do autocuidado; e

4.7.17 O **CREDENCIADO** deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:

4.7.17.1 Alta por melhora;

4.7.17.2 Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

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

4.7.17.5 Internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico;

4.7.17.6 Óbito.

4.7.18 A Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Porto Alegre 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.

4.7.19 Qualquer material, equipamento e gases medicinais utilizados por parte do **CREDENCIADO** no atendimento do paciente, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas no contrato:

4.7.20 Constará do equipamento o mobiliário hospitalar, para o período contratado, composto de um aparelho de pressão, uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, oxímetro e um aspirador de secreção e escada;

4.7.21 Os demais mobiliários e equipamentos serão avaliados, caso a caso, pela Seção de Auditoria de Contas Médicas do **CREDENCIANTE**, pagando-se o justo valor do uso desses materiais, mediante apresentação de nota fiscal, ao final do atendimento, na conta do paciente.

4.7.22 O **CREDENCIADO** deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à atenção domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Militar de Saúde (OMS), especificamente o Pronto Atendimento Médico (PAM) do HMAPA.

4.7.22.1 As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas pelo **CREDENCIANTE** ao Médico Auditor do HMAPA em no máximo 02 (dois) dias úteis, a contar da data da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência;

4.7.22.2 O **CREDENCIADO** deverá orientar o Beneficiário, seu responsável ou seu representante legal providenciar a GE (Guia de Encaminhamento) junto ao **CREDENCIANTE** (UG FUSEx) e posterior entrega ao **CREDENCIADO**;

4.7.22.3. A comprovação da urgência ou da emergência será feita pelo Médico Auditor do HMAPA;

4.7.22.4 Depois de feita a comprovação o **CREDENCIANTE** (Médico Auditor)

providenciará, no prazo de até 4 dias úteis a GE e posterior entrega ao **CREDENCIADO**;

4.7.22.5 A UG 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;

4.7.22.6 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;

4.7.22.7 A remoção do paciente, quando necessária, deverá ser efetuada, exclusivamente, para o Pronto Atendimento Médico (PAM) do HMAPA, bem como deverá ser devidamente justificada;

4.7.22.8 Excepcionalmente, poder-se-á utilizar o **CREDENCIADO** da UG/FuSEx HMAPA para o atendimento pré-hospitalar, mediante autorização prévia e Guia de Encaminhamento (GE).

4.7.23 A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

4.7.23.1 De responsabilidade do **CREDENCIADO**, com uso do serviço de atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel próprio ou subcontratado, conforme valores constantes na Lista Referencial de Remoções do Hospital Militar de Área de Porto Alegre para contratos de credenciamento – Anexo J do Edital;

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

4.7.23.2.1 Neste caso, a **CREDENCIADA** deverá solicitar à Seção de Auditoria da UG/FuSEx HMAPA a remoção do paciente.

4.7.24. Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, o **CREDENCIADO** deverá encaminhá-lo ao Hospital Militar de Área de Porto Alegre:

4.7.24.1 O encaminhamento a OCS credenciada será precedida de justificativa sobre eventuais impedimentos ou indicações médicas e autorização prévia da Seção de Auditoria Prévia do Hospital Militar de Área de Porto Alegre, via Fone (51) 2111-9823.

4.7.25 O **CREDENCIADO**, apresentado o seu Corpo Clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Assistência Domiciliar (Suporte Básico), Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem e 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, incluindo, ainda, todas as equipes multidisciplinares previstas na RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, equipes multidisciplinares como fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) fonoaudiólogas, terapeutas

ocupacionais, nutricionistas e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

4.7.25.1. A prestação do serviço dar-se-á conforme o previsto na Lista referencial de preços de atenção domiciliar, Anexo J do Edital de credenciamento do HMAPA.

4.7.25.2 . Home Care: indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, que se não receberem este suporte mais intensivo provavelmente necessitarão de hospitalização. É indicada também, em momento de desospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando indicado. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

4.7.25.2.1 Home Care de Média Complexidade: além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de plantões de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia; e

4.7.25.2.2 Home Care de Alta Complexidade: além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de plantões de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

4.7.25.3 Procedimentos de Enfermagem (somente quando autorizados pela Seção de Auditoria do HMAPA): 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 requerem acompanhamento contínuo;

4.7.25.4 Gerenciamento de Casos Crônicos (somente quando autorizados pela Seção de Auditoria do HMAPA): 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:

4.7.25.4.1 Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

4.7.25.4.1.1 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;

4.7.25.4.1.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

4.7.25.4.1.3 Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

4.7.25.4.1.5 Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

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

4.7.25.4.1.7 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.

4.7.25.4.2 Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

4.7.25.4.2.1 Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

4.7.25.4.2.2 Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

4.7.25.4.2.3 Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

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

4.7.25.4.2.5 Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

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

4.7.25.4.2.7 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.

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

4.7.27 O **CREDENCIADO** se obriga a apresentar ao **CREDENCIANTE** a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção domiciliar à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do **CREDENCIADO** para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades.

4.7.28 O **CREDENCIADO** se obriga a apresentar ao **CREDENCIANTE** nome e endereço eletrônico do preposto, responsáveis pela prestação dos serviços, objeto deste contrato;

4.7.28.1 O **CONTRATADO** obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e

4.7.28.2 Quando a equipe multidisciplinar do **CREDENCIADO** for constituída, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o **CREDENCIANTE**.

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

4.7.29.1 O membro do Corpo Clínico do **CREDENCIADO**;

4.7.29.2 .O que tenha vínculo de emprego com o **CREDENCIADO**;

4.7.29.3 O autônomo que presta serviço ao **CREDENCIADO**.

4.7.30 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.

4.7.31 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;

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

4.7.33 A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUSEx /SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria do HMAPA, que decidirá pela sua autorização ou negação;

4.7.34 A utilização de Oxigênio a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Porto Alegre:

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

4.7.35 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;

4.7.36 Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUSEx/SAMMED/PASS, conforme o Anexo “L”, não se incluem na presente contratação:

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

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

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

4.7.37.2. As condições emocionais do (a) usuário (a) ou de familiar inviabilizarem o tratamento;

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

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

4.7.37.5 A equipe multidisciplinar da OCS ou a UG-FUSEx entenderem inviável a implementação do programa.

4.7.38 No caso de óbito de beneficiário, o **CONTRATADO** notificará, de imediato, a família do paciente e à Seção SAMMED/FUSEx do Hospital Militar de Área de Porto Alegre, através do Fone Nr (51) 2111-8310, 2111-8321, a quem caberá tomar as providências administrativas vinculadas a conta hospitalar subsequentes;

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

4.7.40 O Serviço de Auditoria do Hospital Militar de Área de Porto Alegre 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.

4.7.41 Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento contratual serão resolvidos pela Comissão de Lisura e Contas Médicas do HMAPA, tendo por base a seguinte legislação:

4.7.41.1 Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;

4.7.41.2 Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32);

4.7.41.3 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);

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

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

4.7.41.6 RDC nº 11, da ANVISA;

4.7.41.7 RN nº 211, da ANS;

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

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

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

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

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

4.7.41.13 Resolução CFM nº 1.668/2003; e

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

CLÁUSULA QUINTA - Dos preços e das condições de pagamento.

5. 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 do Anexo "J" do Edital.

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

7. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança conforme previsto no Anexo "J" do Edital.

8. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta no Anexo "O" do edital.

9. Quando se tratar de diárias, honorários, oxigenioterapia e curativos especiais serão observados os valores e as instruções constantes no Anexo "J" do edital

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

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

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

13. O **CONTRATADO** se obriga a apresentar ao **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 90 dias contados da data de emissão da guia, a fatura no Setor de Lisura do HMAPA, em 01 (uma) via de igual teor, em nome do HMAPA Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército, anexando todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento do SAMMED/FuSEx/PASS com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, relativos aos atendimentos prestados no mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, nome do usuário, número do documento de identidade, número de matrícula do Servidor Civil ou de seu dependente, se for o caso, número de matrícula no cadastro de beneficiários do FuSEx (número de cartão FuSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do FuSEx, código das tabelas acordadas, valor em R\$ (reais) e relatório de conferência (espelho):

13.1 O **CONTRATANTE** não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;

13.2 O **CONTRATADO** deverá apresentar, separadamente, as faturas de despesas dos beneficiários do FuSEx, de Servidores Cíveis, de usuários de Fator de Custo e dos pacientes que evoluíram ao óbito. As faturas deverão ser apresentadas por PI (FUSEx/SAMED, Fator de Custo, Ex-Combatente e PASS);

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

13.3.1 Anexo I: Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde;

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

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

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

13.4.1 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,

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

13.5 As faturas serão auditadas e verificadas eventuais inconformidades e os valores, parcial ou totalmente glosados (conforme o item 8.36 do edital) serão informados à

CREDENCIADA, no prazo de 10 (dez) dias, com as razões das glosas efetuadas, discriminando o item e o valor destas, através do Relatório de Glosas via correio eletrônico ou ofício.

13.6 O **CONTRATADO** poderá interpor pedido de reconsideração, nos termos do art. 165, II, da Lei nº 14.133, de 2021, contra a decisão da glosa, constantes das faturas restituídas pelo **CONTRATANTE**, conforme o Índice de Glosa do anexo IV deste contrato com o previsto no item 8. do Edital.

CLÁUSULA SEXTA – Da atualização dos preços.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência.

15. O prazo de vigência da contratação é de 10 (dez) anos contados de sua assinatura, na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021, conforme previsto no Edital de Credenciamento 01/2024:

15.1 . Os contratos celebrados a partir do presente Edital terão sua vigência limitada em 120 meses de sua assinatura, não cabendo prorrogação, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133, de 2021. Após tal prazo deverá ser providenciado novo instrumento contratual.

15.2 O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais a sucessivos períodos limitados a 120 (cento e vinte) meses, em havendo interesse por ambas as partes.

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária.

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

Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0250270037 – 0100000000 – 0250270013, Programa de Trabalho Resumido 089046 – 088962 – 089047 – 088960, Natureza de Despesa 339039, 339036 e 339147 e Plano Interno D8SACUVICSA – D8SAECBOCSA – D8SAFUSOCSA – D8SAFCTOCSA – D8SAFUSPRSA – D8SAECBPRSA – D8SACIVPRSA – D8SAFCTPRSA.

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil.

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

18. 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do contratante.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do contratado.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– Da negação de remuneração a militares.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação.

25. Não será permitido ao **CREDENCIADO** a subcontratação dos serviços credenciados sem autorização da prévia da **CREDENCIANTE**, nos termos do item 2.4 do edital.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do contrato.

26. 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 HMAPA, nos contratos anteriores.

26.1 O valor estimado deste contrato R\$ 300.000,00 (Trezentos Mil Reais) 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;

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Obrigações pertinentes à LGPD

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

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

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

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

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

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

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

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

35. O Contratado deverá prestar, no prazo fixado pelo Contratante, prorrogável justificadamente,

quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado.

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Do foro.

39. O foro para dirimir questões relativas ao presente Contrato será o do município de Porto Alegre, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Porto Alegre, RS, na data da assinatura.

Pela CONTRATANTE:



PEDRO LEOPOLDO ROUQUAYROL – Ten Cel
Ordenador de Despesas do HMAPA
CREDENCIANTE

Pela CONTRATADA:



Documento assinado digitalmente
ANDRE LUIS BRIDI
Data: 27/10/2024 17:22:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ANDRÉ LUÍS BRIDI

Representante legal
CPF 802.282.400-34
CREDENCIADA

CAMILA CATARINA VACCARI

Representante legal
CPF 962.232.430-49
CREDENCIADA



Documento assinado digitalmente

CAMILA CATARINA VACCARI

Data: 27/10/2024 17:26:46-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

TESTEMUNHAS:



ROBERTO MORAIS BRANCALIONE - Cel R1
Chefe do FUSEX HMAPA



Documento assinado digitalmente

MARCO AURELIO TRINDADE NETTO

Data: 28/10/2024 08:57:04-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

MARCO AURÉLIO TRINDADE NETTO - Ten Cel R1
Chefe da Seção de Contratos de Saúde HMAPA

ANEXO I (Contrato 585/2024)

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM**

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

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

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

FISIOTERAPIA (*)	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

(*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive médico, supervisão de enfermagem e outros.

Assinatura do Médico Cadastrado

ANEXO II (Contrato 585/2024)

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM**

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

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

Mês de referência: _____

Nome do Paciente: _____

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

Assinatura do Supervisor de Enfermagem

ANEXO III (Contrato 585/2024)

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



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM**

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

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

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Descrição do Material/Medicamento	Data	Quantidade	Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Supervisor de Enfermagem

ANEXO IV (Contrato 585/2024)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM**

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

LISTA - ÍNDICE DE GLOSA

TABELA DE GLOSAS DO FuSEx			
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

ANEXO V (Contrato 585/2024)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE
Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar - NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

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.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3 POR SNG/SNE *	
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTOAR 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 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 COMATOSO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
				PONTUAÇÃO FINAL:	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas	De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h		
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h		

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

808

ANEXO VI (Contrato 585/2024)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

Nome da OCS: _____

Av/Rua: _____ Nr: _____

Cidade: _____ UF: _____

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do beneficiário: _____

Nome do responsável: _____

Nome do preposto: _____

CPF: _____

O beneficiário ou seu dependente, a OCS acima referido, ajustam entre si as seguintes condições:

1. Sobre preço dos procedimentos da OCS, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela RM/UG-FUSeX a OCS:

R\$ _____;

2. Complementação de honorários profissionais de outros profissionais da equipe multidisciplinar, conforme constar do contrato (ou convênio) firmado, e de até 100% (cem por cento) dos valores constantes das tabela contratada:

Especialidade: _____

Número de Sessões por dia, por semana, por mês: ____ por dia; ____ por semana e ____ por mês.

R\$ _____

Local e data _____

Assinatura do beneficiário _____

Assinatura do preposto _____ CPF _____

3. As despesas acima serão de responsabilidade integral do beneficiário signatário e não passíveis de ressarcimento.

_____, - RS, ____ / ____ / ____

Assinatura do beneficiário

Responsável pela OCS

Cmt/Ch/Dir UG-FUSEx

Observações:

a) Para cada profissional da equipe multidisciplinar, que assistir o paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio;

b) A RM/UG-FUSEx não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos nos contratos ou convênios estabelecidos;

c) Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Credenciamento assinado entre a OCS e o Exército Brasileiro, de quaisquer naturezas; e

d) O presente documento deverá ser emitido em três vias, com a seguinte destinação: 1ª via - beneficiário ou responsável; 2ª via – RM/UG-FUSEx; 3ª via - OCS.