



ANEXO “L”
MINUTA DE TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)

CONTRATANTE: UNIÃO FEDERAL /
MINISTÉRIO DA DEFESA / EXÉRCITO
BRASILEIRO / COMANDO DA 13ª
BRIGADA DE INFANTARIA
MOTORIZADA

CONTRATADO: Atenção Domiciliar.

OBJETO: Prestação de serviços de
assistência médico domiciliar

NATUREZA: Ostensiva

VIGÊNCIA: 12 meses

VALOR ESTIMADO:

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta,
empreitada por preço unitário

PROCESSO Nº: _____

TERMO DE ADESÃO AO CREDENCIAMENTO Nº _____

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do COMANDO DA 13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Avenida Rubens de Mendonça, Nr 5001, Bairro Morada da Serra, Cuiabá-MT, CEP 78050-901, inscrita no CNPJ sob o nº 09.644.194/0001-32, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ - Exército Brasileiro e do CPF nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à Rua _____, Bairro _____, neste ato representada pelo Sr. Diretor Administrativo _____, portador da cédula de identidade nº _____ expedida pela



Secretaria de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da seguinte legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integra o presente Termo de Adesão ao Credenciamento, as seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA - Da vinculação ao Edital

1. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento nº 01/2022, do Comando da 13ª Brigada de Infantaria Motorizada, de ____ de _____ de 2022, o qual é parte integrante desta avença, bem como seus anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA - Do fundamento legal

2. O procedimento de credenciamento enquadra-se como hipótese de inexigibilidade de licitação, conforme art. 25, *caput*, da Lei nº 8.666/1993.

CLÁUSULA TERCEIRA - Do objeto de credenciamento

3. A finalidade deste termo de adesão é garantir aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), do Sistema de Assistência Médica aos Militares do Exército (SAMMED); do Sistema de Assistência Médico Hospitalar (SAMEx) e da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS), nas condições especificadas neste instrumento e no Edital, serviços de 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, serviços médicos, de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de atenção domiciliar à saúde.

3.1. 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 QUARTA - Do regime de execução

4. As condições gerais de execução dos serviços constam do Item 11 do Edital, observadas as regras especiais abaixo registradas:



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

4.1.1. Idosos;

4.1.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

4.1.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;

4.1.4. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente;

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

4.2.1. A indicação da Atenção Domiciliar deve ser realizada pelo médico que acompanha o paciente durante seu tratamento. Esta indicação deve seguir um Relatório Médico para Desospitalização, em que conste histórico clínico e torna o pedido fundamentado sobre a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar;

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

4.2.3. Verificada a pertinência da indicação da Atenção Domiciliar, o profissional auditor, preferencialmente enfermeiro(a) com especialização na área, deverá solicitar ao CREDENCIADO um relatório de avaliação inicial, que estabelecerá de forma qualificada a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO), além de um Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) para o paciente. O CREDENCIADO tem um prazo de 72 (setenta e duas) horas para realizar a captação do paciente, a partir da data da solicitação;

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

4.2.4.1. dados de identificação do paciente e responsável, se for o caso;

4.2.4.2. diagnósticos;

4.2.4.3. histórico clínico do paciente;

4.2.4.4. medicamentos em uso;

4.2.4.5. avaliação de dependência;

4.2.4.6. avaliação do sistema tegumentar;

4.2.4.7. exame físico completo;



4.2.4.8. avaliação nutricional global;

4.2.4.9. avaliação da dor;

4.2.4.10. avaliação por aparelhos (respiratório, digestivo e geniturinário);

4.2.4.11. recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos);

4.2.4.12. avaliação individual da equipe multiprofissional que prestará a assistência;
e

4.2.4.13. enquadramento na Atenção Domiciliar, utilizando-se critérios técnicos a partir da tabela NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviço de Atenção Domiciliar - padronizado neste termo de adesão como Anexo "I". Ressalta-se que, embora utilizando-se a tabela NEAD na decisão para enquadramento do paciente no programa, deve-se também considerar o contexto familiar, a real necessidade de cuidados requeridos pelo paciente e a análise do enfermeiro e/ou médico militar;

4.3. Caso conste no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio a solicitação de mais de uma sessão de profissional especializado (médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta), a UG FuSEx deverá autorizar, se aprovado atendimento domiciliar, apenas 1 (uma) sessão para que o profissional indicado pelo CREDENCIADO possa avaliar e emitir parecer fundamentado a respeito da quantidade de sessões necessárias para reabilitação do paciente. Este parecer deve ser analisado e juntado ao processo, para amparar a autorização das sessões indicadas pelo CREDENCIADO;

4.3.1. Havendo necessidade de aumentar a quantidade das sessões, deverá ser solicitado um aditivo à CREDENCIANTE, mediante relatório com justificativa detalhada;

4.3.2. Todo profissional do CREDENCIADO deverá deixar uma cópia do atendimento prestado no prontuário do paciente;

4.4. Ajustado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, torna-se necessária a comunicação do Enfermeiro(a) auditor com o paciente e a família, antes do início do atendimento. Deve-se informar sobre a responsabilidade familiar na execução do Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio, uma vez que os profissionais de saúde passarão orientações aos familiares objetivando o sucesso do atendimento e a melhoria do estado de saúde do paciente. Também devem ser informados os objetivos e particularidades do tratamento, as atribuições da equipe de assistência domiciliar, as atribuições do FuSEx e do paciente/família. Finaliza-se esta reunião com a assinatura de um Termo de Adesão ao Programa de Atenção Domiciliar;

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



4.6. Aprovado o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio e a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO), e de posse do Termo Adesão assinado pela família, a CREDENCIANTE emitirá a autorização para o início do atendimento (Guia de Encaminhamento);

4.7. O Serviço de Auditoria de Contas Médicas competirá realizar os contatos com a equipe multiprofissional do CREDENCIADO para eventuais alterações no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio proposto, respeitando os preceitos éticos estabelecidos por parte do Conselho Federal de Medicina;

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

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

4.10. O Serviço de Auditoria de Contas Médicas do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá-MT procederá à reavaliação periódica dos casos de Atenção Domiciliar à Saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento;

4.11. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio do paciente admitido deve ser revisado pelo CREDENCIADO de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Esta revisão deve conter data, assinatura com carimbo do profissional de saúde que acompanha o paciente:

4.11.1. Autorização será válida para no máximo 31(trinte e um) dias;

4.11.2. As prorrogações deverão ser encaminhadas à CREDENCIANTE a cada período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prolongar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período;

4.11.2.1. Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente. Havendo incoerências nos relatórios, a CREDENCIANTE poderá não autorizar o atendimento;

4.11.2.2. 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;



4.12. 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;

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

4.13.1. As intercorrências deverão ser informadas em forma de aditivo constando proposta orçamentária e, caso aprovadas, serão autorizadas para inclusão dentro do mês do atendimento. Aditivos solicitados fora do mês de atendimento estão sujeitos a não serem aceitos pela CREDENCIANTE;

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

4.14.1. Prorrogações; e

4.14.2. Complementares (intercorrências e aditivos);

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

4.16. 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

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

4.17.1. Alta por melhora;

4.17.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

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

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

4.17.6. Perda da condição de beneficiário do Sistema de Saúde do Exército;

4.17.7. Obstaculização, por qualquer motivo, da equipe de Atenção Domiciliar comprovada pela equipe multiprofissional do CREDENCIADO ou pela CREDENCIANTE;

4.17.8. Óbito;



4.18. Em caso de internação ou reinternação do paciente, após a alta hospitalar, caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares, o CREDENCIADO poderá dar continuidade ao atendimento, após autorização da CREDENCIANTE, dando início a um novo Plano de Atenção Domiciliar;

4.19. Os casos omissos em relação ao regime de execução do presente instrumento serão resolvidos pela CREDENCIANTE, tendo por base a seguinte legislação:

4.19.1. Norma Técnica sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro;

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

4.19.3. Instruções Reguladoras para o fornecimento de medicamento de custo elevado e produtos médicos aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) (EB 30-IR-10.004);

4.19.4. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

4.19.5. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002;

4.19.6. RDC nº 11, da ANVISA;

4.19.7. RN nº 211, da ANS;

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

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

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

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

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

4.19.13. Resolução CFM nº 1.668/2003;

4.19.14. Resolução nº 270, de 18 de abril de 2002, do COFEN;

4.19.15. Portaria nº 178 - DGP, de 8 de setembro de 2020;

4.20. O CREDENCIADO deverá manter, durante toda a internação domiciliar, em tempo integral, estrutura de serviços específicos e de apoio à Atenção Domiciliar de casos de urgência/emergência necessários aos atendimentos em domicílio e à remoção dos pacientes para Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada;

4.21. A remoção do paciente 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 Procedimentos de Assistência Médica Domiciliar do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá, para contratos de credenciamento, conforme – “Anexo B” do Edital;

4.22. As intercorrências clínicas, decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CREDENCIADO em até 2 (dois) dias úteis à CREDENCIANTE, a contar da data



da ocorrência, mediante o fornecimento dos elementos necessários para comprovação da emergência ou da urgência, a fim de controle e providências administrativas;

4.22.1. A CREDENCIANTE 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;

4.23. Quando houver necessidade de nova internação hospitalar do beneficiário, decorrente da evolução do quadro clínico durante o tratamento domiciliar, o CREDENCIADO deverá encaminhá-lo, preferencialmente, ao hospital conveniado da CREDENCIANTE;

4.24. O CREDENCIADO, apresentado no seu corpo clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Atenção Domiciliar, Internação Domiciliar, Procedimentos de Enfermagem, Tratamento de Lesão de Pele (Curativos), Intervenção Específica (Medicações Parenterais), Cuidado Paliativo, Gerenciamento de Casos Crônicos e outros Programas, incluindo treinamento de cuidador/acompanhante, oxigenioterapia, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, transporte em ambulância, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de Atenção domiciliar à Saúde:

4.24.1. Assistência Domiciliar: indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas. Prestado por visita de equipe de multiprofissionais 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;

4.24.2. Internação domiciliar: conjunto de atividades técnico-profissionais prestadas, por equipe habilitada, no domicílio, a beneficiários clinicamente estáveis, com risco de hospitalização recorrente. Indicada para pacientes em quadros agudos, crônico-agudizados, em momento de término da hospitalização, pacientes com incapacidade temporária ou permanente, quadro clínico complexo e que necessitem de equipamentos específicos e do acompanhamento do técnico de enfermagem até o restabelecimento das condições de saúde. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

4.24.2.1. Internação domiciliar de baixa complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia, compreendendo:

4.24.2.1.1. supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante para as atividades da vida diária, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;



4.24.2.1.2. mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1(uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, aparelho de pressão, termômetro, oxímetro de dedo e 1 (um) aspirador de secreção;

4.24.2.1.3. visita do enfermeiro: programada (mensal) e nas intercorrências clínicas;

4.24.2.1.4. quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

4.24.2.1.5. quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista;

4.24.2.2. Internação domiciliar de média complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia, compreendendo:

4.24.2.2.1. supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

4.24.2.2.2. o mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1(uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

4.24.2.2.3. visita do enfermeiro: programada (quinzenal) e nas intercorrências clínicas;

4.24.2.2.4. quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

4.24.2.2.5. quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista;

4.24.2.3. Internação domiciliar de alta complexidade: inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, compreendendo:

4.24.2.3.1. supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o



atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

4.24.2.3.2. mobiliário hospitalar para o período contratado, fornecido pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

4.24.2.3.3. visita do enfermeiro: programada (semanal) e nas intercorrências clínicas;

4.24.2.3.4. quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

4.24.2.3.5. quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista;

4.24.3. Procedimentos de Enfermagem: serviços de técnico de enfermagem, sob supervisão de enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requeiram acompanhamento contínuo;

4.24.4. Intervenção Específica: destinado ao tratamento de doenças agudas com aplicação de medicamentos endovenosos e duração predeterminada;

4.24.5. Cuidado Paliativo: visa melhorar as condições de vida dos pacientes e familiares que enfrentam situações relacionadas à doença terminal. Busca aliviar a dor, integrando aspectos psicológicos, espirituais e de suporte no cuidado do doente no final de vida;

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

4.24.7. Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, de seus familiares e dos cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, 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:



4.24.7.1. Gerenciamento de caso básico (GCB) compreende:

- 4.24.7.1.1.** Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;
- 4.24.7.1.2.** Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;
- 4.24.7.1.3.** Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;
- 4.24.7.1.4.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;
- 4.24.7.1.5.** Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença;

4.24.7.2. Gerenciamento de caso intermediário (GCI) compreende:

- 4. 24.7.2.1.** Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo a fim de evitar hospitalização;
- 4.24.7.2.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 4.24.7.2.3.** Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;
- 4.24.7.2.4.** Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção credenciada;
- 4.24.7.2.5.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos; e
- 4.24.7.2.6.** Pacientes com infecções de repetição;

4.24.7.3. Gerenciamento de caso avançado (GCA) compreende:

- 4.24.7.3.1.** Portadores de doenças crônicas de difícil controle;
- 4.24.7.3.2.** Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;
- 4.24.7.3.3.** Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;
- 4.24.7.3.4.** Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção credenciada;
- 4.24.7.3.5.** Pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;e
- 4.24.7.3.6.** Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;



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

4.26. O CREDENCIADO se obriga a apresentar à CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram sua equipe multidisciplinar de atenção domiciliar à saúde, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, a serem cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO;

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

4. 26.2. Quando a equipe de profissionais 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 a CREDENCIANTE;

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

4.27.1. O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;

4. 27.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;

4. 27.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO;

4. 27.4. O profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO;

4.28. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio deverá conter a descrição nominal dos integrantes da Equipe Multiprofissional 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;

4.29. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, através do comparecimento periódico e regular de, pelo menos, um dos membros da equipe de Auditores da CREDENCIANTE às dependências do CREDENCIADO e no domicílio do paciente, a fim de examinar a documentação nosológica dos pacientes, assim como a qualidade das instalações e do serviço prestado;

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

4.30. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FuSEx/SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise do Serviço de Auditoria de Contas Médicas da CREDENCIANTE, que decidirá pela sua autorização ou negação;

4.31. Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá-MT;



- 4.31.1.** A CREDENCIANTE não arca com o fornecimento de medicamentos orais e de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente;
- 4.32.** 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.** Os tratamentos não cobertos pelo sistema FuSEx/SAMMED/PASS, conforme o “Anexo Q” do Edital, não se incluem no presente credenciamento:
- 4.33.1.** O CREDENCIADO obriga-se a advertir o paciente ou seu responsável de que suportará os pagamentos decorrentes de exame, procedimento, material e afins;
- 4.34.** Não será autorizada ou poderá ser cancelada a Atenção Domiciliar quando:
- 4.34.1.** O domicílio do usuário apresentar difícil acesso a ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;
- 4.34.2.** As condições emocionais do paciente ou dos familiares inviabilizarem o tratamento;
- 4.34.3.** Não houver aceitação ou não adaptação, pelo paciente ou por sua família, às normas da Atenção Domiciliar;
- 4.34.4.** Não houver aceitação da equipe de multiprofissionais pelo paciente, responsável ou família;
- 4.34.5.** A equipe multiprofissional do CREDENCIADO ou a CREDENCIANTE entenderem ser inviável a implementação da Atenção Domiciliar; e
- 4.34.6.** Não houver cuidador, pessoa da família ou contratado, capacitado para participar dos procedimentos de atenção às necessidades básicas de higiene pessoal, alimentação, troca da roupa de cama e de fraldas, e às atividades cotidianas do paciente;
- 4.35.** No caso de óbito ocorrido com paciente internado, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e o Enfermeiro de Dia do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá, através do Fone/Fax Nr (65) 3624-9798 ou 99934-1237, a quem caberá tomar as providências subsequentes;
- 4.36.** O abandono do tratamento realizado, pelo beneficiário, implicará no término da autorização para o procedimento e na indenização do serviço já prestado;
- 4.37.** A execução deste termo de adesão ao credenciamento deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante da CREDENCIANTE, designado em Boletim Interno do Comando da 13ª Brigada de Infantaria Motorizada. O CREDENCIADO manterá um preposto, aceito por parte da Administração, no local do serviço, para representá-lo;
- 4.38.** O Serviço de Auditoria do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá-MT, possuirá o poder de vistoriar, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este credenciamento.



CLÁUSULA QUINTA – Do valor global estimado e da dotação orçamentária

5. Os valores estimados e a origem dos recursos devem seguir as regras abaixo registradas:

a. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste credenciamento terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo Posto Médico da Guarnição de Cuiabá, nos credenciamentos anteriores, e deverá ser tratado apenas como dado estatístico, não constituindo expectativa de direito;

b. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente credenciamento serão os seguintes: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0270270037 - 0270270013 - 0151000000, Programa de Trabalho Resumido 171500 - 171499 - 171497 - 171498 - 171496, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SACIVOCSA - D8SAFUSOCSA - D8SAFCTOCSA - D8SAECBOCSA - D5SACIVEMPO.

CLÁUSULA SEXTA – Da remuneração e das condições de pagamento

6. Os serviços serão remunerados de acordo com as tabelas, índices, valores máximos e regras de remuneração referenciadas no Edital e seus anexos, assim como neste Termo de Adesão e anexos, e de acordo com as regras seguintes específicas:

6.1. O pagamento das diárias, das sessões, de honorários, de serviço de remoção, de medicamentos, inclusive de uso restrito hospitalar, de OPMEC (órteses, próteses, materiais especiais e cirúrgicos), de materiais descartáveis, de curativos especiais, de gases medicinais e de oxigenioterapia observarão os valores e as instruções constantes dos Anexos A e B do Edital.

6.2. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, e, preferencialmente, deverá ser utilizada a medicação **genérica**;

6.3. O uso de medicamentos e materiais de **alto custo**, conforme valores previstos no “Anexo B” do Edital, deverão ser obrigatória e previamente autorizados pelo Setor de Auditoria da CREDENCIANTE, devendo o CREDENCIADO anexar em prontuário os respectivos invólucros (embalagens contendo etiquetas/rótulo do produto, lacre completo, frente e verso, sem danos), juntamente com as devidas prescrições;

6.4. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata, conforme o número de dias da internação domiciliar;

6.5. A CREDENCIANTE somente indenizará as contas apresentadas quando acompanhado da Guia de Encaminhamento, que comprove a prestação do serviço;

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



6.7. A Lista de Materiais Descartáveis não cobertos pelo FuSEx/SAMMED/PASS e, portanto, não aceitos para apresentação em cobranças nas faturas, consta do “Anexo Q” do Edital;

6.8. O CREDENCIADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes na Atenção Domiciliar, conforme os modelos que seguem anexados a este termo de adesão:

6.8.1. Anexo VII: Controle de atendimento dos profissionais na Atenção Domiciliar;

6.8.2. Anexo VIII: Controle do atendimento da equipe de enfermagem de plantão na Atenção Domiciliar;

6.8.3. Anexo IX: Controle de materiais e de medicamentos disponibilizados na Atenção Domiciliar; e

6.8.4. Anexo X: Controle de fornecimento de fórmula nutricional industrializada (dietas ou suplementos especializados);

6.9. Todos os documentos que compõem o processo de Atendimento Domiciliar devem ser originais, não sendo aceitas as cópias;

6.10. Procedimentos não especificados na Guia de Encaminhamento e os não cobertos, conforme “Anexo Q” do Edital, não serão ressarcidos pela CREDENCIANTE;

6.11. Observado o prazo máximo de 45 (quarenta e cinco dias) a contar do atendimento prestado, O CREDENCIADO fica ciente de que somente poderá entregar a fatura à CREDENCIANTE até o dia 10 de cada mês, no Setor de Lisura do Posto Médico da Guarnição de Cuiabá, em nome do Comando da 13ª Brigada de Infantaria Motorizada, Unidade Gestora do Fundo de Saúde do Exército;

6.11.1. As guias das faturas entregues deverão estar em ordem alfabética do nome do usuário, constando na capa da fatura: número de ordem, data, número da Guia de Encaminhamento, 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/PASS (número de cartão, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP - mais sequência familiar), nome do titular, assim como deverão ser anexados todos os comprovantes de despesas, as Guias de Encaminhamento com as assinaturas dos beneficiários ou de seus responsáveis, e de cópia dos respectivos documentos de identificação, via original do pedido médico, a relação de materiais e medicamentos gastos, em sala de cirurgia ou fora dela, código da Tabela CBHPM, pacote adotado, valor em reais(R\$), relatório de conferência (espelho), ficha de controle de procedimentos e outros documentos que comprovem a realização do procedimento. Deverá constar na capa o contato do responsável pelo faturamento do CREDENCIADO;

6.11.2. O CREDENCIADO 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;

6.11.3. O CREDENCIADO deverá separar as faturas de até R\$5.000,00 (cinco mil reais) daquelas acima deste valor, cujos lotes deverão ser organizados entre despesas com consultas, exames, setor de ambulatório, internações e emergência/urgência;

6.12. As faturas que forem encaminhadas à CREDENCIANTE com mais de 90 (noventa) dias da data de emissão, sem a devida motivação, serão glosadas;

6.13. A CREDENCIANTE não será responsabilizada 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;

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

6.15. Aceita a documentação, as faturas serão auditadas para verificação de eventuais inconformidades. Os valores e itens glosados serão informados ao CREDENCIADO, com as respectivas justificativas, por meio do Relatório de Glosas, no prazo de 60 (sessenta) dias úteis, contados da entrega das contas;

6.16. O CREDENCIADO receberá o Relatório de Glosas por meio do correio eletrônico, no seguinte endereço: [incluir email do credenciado];

6.17. A CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, valores e serviços que não estiverem de acordo com este Termo de Adesão ou com o Edital, conforme o Índice de Glosa do “Anexo R” do Edital;

6.18. O CREDENCIADO poderá interpor recurso da glosa, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos, após recebimento do relatório de glosa enviada pela CREDENCIANTE;

6.18.1. Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão no prazo de 10 (dez) dias corridos, o recurso deverá ser encaminhado ao Chefe do Posto Médico, o qual terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para julgar o recurso de glosa apresentado pelo CREDENCIADO;

6.18.2. Uma vez procedente o recurso da glosa, a CREDENCIANTE efetuará o pagamento. Caso contrário, a CREDENCIANTE informará o resultado ao CREDENCIADO e arquivará a documentação.

CLÁUSULA SÉTIMA – Do impedimento de remuneração a serviços prestados por militares da ativa

7. O CREDENCIADO não poderá receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados por meio de profissional que também seja militar da



ativa, quando o beneficiário for atendido sob a regência do presente Termo de Adesão.

CLÁUSULA OITAVA - Da vigência

8. O presente termo de adesão terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de sua publicação no Diário Oficial, prorrogável por iguais e sucessivos períodos, limitados ao total de 60 (sessenta) meses, mediante atualização da documentação de habilitação, nos termos do Edital, e assinatura de termo aditivo.

8.1. No prazo de 60 (sessenta) dias anteriores ao término de cada período de 12 (doze) meses de vigência, o CREDENCIADO deverá entregar a documentação de habilitação atualizada ou comunicar, por escrito, o seu desinteresse na prorrogação.

CLÁUSULA NONA - Da revisão e reajuste de preços

9. Observado os termos do Item 14 do Edital, a CREDENCIANTE reavaliará periodicamente os valores praticados, de acordo com o calendário constante do “Anexo T” do Edital, podendo apresentar nova tabela de preços e propostas de pacotes, mediante publicação no Diário Oficial da União e no sítio eletrônico oficial da 13ª Brigada de Infantaria Motorizada, com antecedência de 60 (sessenta) dias à sua aplicação.

9.1. A assinatura deste termo de adesão implica o aceite do CREDENCIADO a todas as alterações supervenientes no Edital e seus anexos, as quais terão aplicação **imediate** após o prazo acima, inclusive quanto a novas **condições e valores**, ressalvada a possibilidade de pedido de descredenciamento em caso de discordância com as alterações que lhe afetem, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação no Diário Oficial da União.

CLÁUSULA DÉCIMA- Das obrigações da Credenciante

10. As obrigações da CREDENCIANTE constam do Item 15 do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Das obrigações do Credenciado

11. As obrigações do CREDENCIADO constam do Item 16 do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da responsabilidade civil

12. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste termo de credenciamento não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.



12.1. 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 Termo de Adesão.

12.2. O CREDENCIADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por seu Corpo Clínico e quaisquer terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Da subcontratação

13. Nos termos do Edital, é autorizado ao CREDENCIADO subcontratar ou terceirizar parte dos serviços objeto deste credenciamento, junto aos seguintes prestadores de serviço: [verificar se é aplicável]

a. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: _____;

b. EXAMES LABORATORIAIS: _____;

c. EXAMES DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: _____;

d. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: _____;

e. DIETAS: _____;

f. FISIOTERAPIA: _____;

g. REMOÇÃO TERRESTRE: _____;

h. HEMODIÁLISE: _____;

i. HEMODINÂMICA: _____;

j. ONCOLOGIA: _____;

k. LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO HOSPITALAR: _____.

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

13.2. O CREDENCIADO deverá manter a CREDENCIANTE atualizada acerca de qualquer alteração quanto à subcontratação, para que seja avaliada a autorização.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Das sanções

14. As sanções aplicáveis restam previstas no Item 17 do Edital.



CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Da rescisão

15. O presente Termo de Adesão poderá ser rescindido nas hipóteses do Item 18 do Edital.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Do foro

16. O foro para dirimir questões relativas ao presente termo de adesão ao credenciamento será o de Cuiabá-MT, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente Termo de Adesão, em 03 (três) vias de igual teor, 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.

Cuiabá, _____ de _____ de 20_____.

Pela CREDENCIANTE:

Ordenador de Despesas do Cmdo 13ª Bda Inf Mtz

[nome]

Identidade _____ Min. Defesa

CPF _____

Pelo CREDENCIADO:

Representante legal

[nome]

Identidade _____

CPF _____

TESTEMUNHAS:



[nome]

Idt: _____

CPF: _____

[nome]

Idt: _____

CPF: _____



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**



ANEXO I - Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

Data da Avaliação: ___/___/___
Nome do Paciente: _____
Matrícula/Prec/Cp:Idade: _____
Diagnóstico Principal: _____
Diagnóstico Secundário: _____
Médico Assistente: _____
C.R.M.: _____

GRUPO 1 - ELEGIBILIDADE		
Elegibilidade ao Atendimento Domiciliar	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		
Se responder 'NÃO' a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar 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 PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	PARCIALMENTE DEPENDENTE	2	TOTALMENTE DEPENDENTE
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES
ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	0	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 SUB-CUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE		
OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/ DESORIENTADO	2	COMATOSO
PONTUAÇÃO FINAL:						
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE						
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos				De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h



	() Medicamentos Parenterais () Outros Programas		
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 =SondaNasogástrica e SNE Sonda Nasoentérica.

**Consulte ESCORE KATZ.

***Excluso medicamentos de auto aplicação como insulinas e alguns anticoagulantes.

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.
		DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO,



IR AO BANHEIRO		PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		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	PARCIALMENTE DEPENDENTE	< 2	TOTALMENTE DEPENDENTE
--------	--------------	--------	-------------------------	-----	-----------------------

Assinatura e Carimbo:		Data:	____/____/____
-----------------------	--	-------	----------------



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Anexo “I” Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

Grupo 1 - Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.

b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo acesso ao paciente em situações de emergência.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede de assistência. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não deverão ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 - Critérios para indicação imediata de internação domiciliar

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

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

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:

i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.

ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicações de medicações por via intra muscular ou subcutânea.

iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

e) 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.



f) 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.

g) 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 deverá 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.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO II - Artigos Utilizados na Atenção Domiciliar

O critério de autorização baseia-se na periodicidade de troca dos artigos, conforme as recomendações dos fabricantes e com base na literatura científica de referência. Esses critérios estão sujeitos a alterações em caso de surgimento de novas conclusões decorrentes de estudos científicos. A autorização está vinculada à necessidade do uso.

Literatura científica de referência:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 337, de 14 abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para Terapia Nutricional. Brasília, 14 abr. 1999.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Brasília, 2010.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 63 de julho de 2000, que dispõe sobre os requisitos mínimos para terapia nutricional enteral. Brasília, 2000.

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em terapia nutricional. Vol 3. Brasília, 2015.

6. UNAMUNO, Maria do Rosário D.L. de; MARCHINI, Julio S. Sonda nasogástrica/nasointestinal: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan/mar. 2002.

Artigos Utilizados na Atenção Domiciliar:

1. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: será autorizado 01(um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia e, em caso de micronebulização, 1 (uma) ampola de 10 (dez) ml por sessão.



2. ATADURA DE CREPE: será autorizada somente quando houver indicação. Não será coberto em caso de contenção no leito.

3. CATETER PERIFÉRICO: será autorizado 01 (um) cateter periférico a cada 72 horas quando confeccionado com teflon e, 96 horas, quando confeccionado com poliuretano, em adultos, desde que comprovada a troca.

4. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será autorizada mediante a prescrição de sondagem vesical de demora. A troca da sonda deverá que ser justificada.

5. BOLSA DE COLOSTOMIA: será autorizada 01 (uma) a cada 07 (sete) dias, e, em caso justificado pelo enfermeiro.

6. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: será autorizada 01 (uma) por traqueostomia. A troca será autorizada somente em caso de obstrução ou se o balão furar. A descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.

7. CATETER DE OXIGÊNIO: será autorizado 01 (um) a cada sete dias.

8. COLETOR PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA: será autorizado 01(um) por dia, desde que justificado.

9. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS: será autorizado 01(um) por droga/soro aplicada/dia utilizado, desde que haja indicação para uso.

10. EQUIPO (MACROGOTAS, MICROGOTAS), EXTENSOR E THREE-WAY (TORNEIRINHA) PARA INFUSÃO ENDOVENOSA: será autorizado 01 (um) a cada 72-96h para medicamentos prescritos com infusão contínua; 01 (um) a cada 24h para medicamentos prescritos com infusão intermitente; 01(um) a cada 24h para medicamentos com infusão de nutrição parenteral; 01(um) a cada 24h para infusão de emulsões lipídicas; 01 (um) a cada bolsa administrada de sangue e hemocomponentes. O sistema de infusão deverá ser trocado na suspeita ou confirmação de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS).

11. EQUIPOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL GRAVITACIONAL. Será autorizado 01(um) equipo a cada 24horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os equipos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.

12. EQUIPOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO: será autorizado 01 (um) a cada 24horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os equipos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.

13. FRASCOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL: será autorizado 01 (um) frasco a cada 24horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os equipos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.



14. FRASCO DE COLETOR URINÁRIO: será autorizado 01 (um) a cada 07 (sete) dias. Fazer desinfecção diária com solução de hipoclorito de sódio (água sanitária).

15. FILTRO VIRAL/BACTERIANO: será autorizado 01 (um) a cada 48h 07 dias. A periodicidade da troca deverá ser justificada por meio da avaliação da secreção.

16. GASTROSTOMIA: será autorizada em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

17. GASTROSTOMIA TEMPORÁRIA: será autorizada em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60 ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

18. LUVA ESTÉRIL: será autorizada somente para procedimento estéril.

19. MATERIAIS PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: serão autorizados 01(uma)sonda, 01(um) par de luvas de plástico e 01 (um) soro fisiológico ou água bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.

20. SERINGA DE 60 ML e 20 ML (para lavar sondas enterais e administração de medicamentos): será autorizada 01 (uma) a cada 07 (sete) dias para adultos e a cada 05 (cinco) dias, para pediatria. Fazer desinfecção diária.

21. SONDA VESICAL DE DEMORA: será autorizada troca desde que justificada, exemplo: em caso de obstrução, contaminação ou mau funcionamento. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Evitar manipulação e descontinuidade do circuito.

22. SONDASOGÁSTRICA/ENTÉRICA: será autorizada em caso de obstrução, contaminação e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

23. SONDA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO: será autorizada 01 (uma) a cada 72 (setenta e duas) horas ou quando houver sujidade ou em caso de mau funcionamento. Somente com justificativa clínica, ou seja, presença de secreção copiosa em pacientes com alto risco de hipoxemia ou na vigência de infecção por patógenos multirresistentes ou *Mycobacteriumtuberculosis*.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO III - Termo de Adesão para Inclusão na Atenção Domiciliar

1. Eu, _____ CPF: _____, declaro que recebi todas as informações previstas na legislação vigente e determinadas pelas normas de funcionamento do SSEx, sobre o funcionamento da Atenção Domiciliar, a ser executado por Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada.

2. Tive acesso ao Relatório de Avaliação Inicial, realizado por, e à Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) realizada pela OCS credenciada e aprovada pela Unidade Gestora.

3. É de meu conhecimento o funcionamento e as características da Atenção Domiciliar, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pelo recebimento dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessário são tratamento, fornecidos pela OCS credenciada ou, quando for o caso, dietas e insumos fornecidos pela Unidade Gestora.

4. Tenho conhecimento de que as definições das condutas e dos tipos de cuidados a serem incluídos na Atenção Domiciliar serão feitas pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e as normas estabelecidas em legislação vigente.

5. É de meu conhecimento que devo solicitar à equipe multiprofissional o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.

6. Tenho ciência de que o Sr.(a) _____, Prec-CP _____ poderá ser excluído da Atenção Domiciliar a qualquer momento, por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que a Atenção Domiciliar poderá ser suspensa ou reduzida ao desmame pela OCS ou pela Unidade Gestora, conforme classificação dos critérios clínicos, a partir da Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar (Anexo A).

7. Além da ciência das situações supracitadas, constituem outras situações que ensejam a exclusão da Atenção Domiciliar:

- (i) recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;



- (ii) não preenchimento de qualquer dos requisitos previstos nestas Normas;
- (iii) ausência do responsável pelos cuidados do paciente, durante a Atenção Domiciliar, comprovada pela equipe multiprofissional da OCS ou pela Unidade Gestora;
- (iv) internação ou reinternação hospitalar devido à piora do quadro clínico; VI-perda da condição de beneficiário do SSEX;
- (v) obstaculização, por qualquer motivo, da equipe da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da UG de realizar as visitas periódicas para fins de acompanhamento do beneficiário no domicílio; e
- (vi) óbito.

8. Tenho conhecimento que, embora utilizando-se a Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar para a decisão de enquadramento do beneficiário para a admissão à Atenção Domiciliar, deverá ser também considerada a real necessidade de cuidados requeridos e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

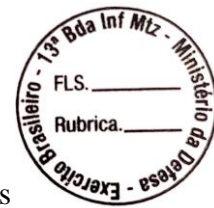
9. Estou ciente de que o beneficiário com atendimento pela Atenção Domiciliar, cujo serviço é prestado por equipe multiprofissional sem o técnico de enfermagem, poderá ser atendido pela rede contratada do SSEX.

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

11. Compreendo que o técnico de enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o beneficiário, e que não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas, tais como: limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

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

13. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162-10, podendo ser exercida por um familiar ou pessoa contratada. Visa auxiliar o paciente em suas necessidades e nas atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo Cuidador são auxílio no banho, na movimentação, na alimentação, nos cuidados de higiene, em se vestir e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de Cuidador. Cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.



14. Beneficiário que se encontre sob os cuidados de clínicas geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são inelegíveis para o programa de Atenção Domiciliar. As clínicas geriátricas são estabelecimentos de saúde que contam com equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais) e cuidadores.

15. Beneficiário que necessite somente dos aparelhos (ex:CPAP,entre outros) para tratar a apneia do sono e diversas doenças respiratórias, deverão adquirir o equipamento por meio de requerimento junto à Unidade Gestora, excetuando-se para os beneficiários da PASS. Estes aparelhos não são fornecidos sozinhos em programa de Atenção Domiciliar.

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

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

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

Tendo compreendido e concordado com todos os itens deste Termo de Adesão para inclusão na Atenção Domiciliar, assinam abaixo: beneficiário, representante legal ou familiar responsável, acima identificado.

Paciente ou responsável

Anexar cópias:

a. Carteira de Identidade do beneficiário e

b. Cartão FuSEx/PASS/Ex Cmb do beneficiário/Comprovante de residência.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**



ANEXO IV - Relatório de Remoção de Paciente

FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: _____ DN: ____/____/____	
PREC - CP/ SIAPE/CPF: _____	
MOTIVO DO DESLOCAMENTO: DOMICÍLIO/HOSPITAL() HOSPITAL/DOMICÍLIO() OUTROS _____	DATA DO DESLOCAMENTO: ____/____/____
TIPO DE AMBULÂNCIA: UTI () BÁSICA()	
ENDEREÇO DA ORIGEM: RUA: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____	
HORA DA SAÍDA: ____:____ HR KM INICIAL: _____	
ENDEREÇO DO DESTINO (OCS): RUA: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____	
HORA DA CHEGADA: ____:____ HR KM FINAL: _____	
KM RODADO: _____	HORA PARADA: _____



EQUIPE:

CONDUTOR: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

ENFERMEIRO: _____

COREN: _____

MÉDICO: _____

CRM: _____

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

DATA DD/MM/AA:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**



ANEXO V - Relatório Médico para Desospitalização

Caro(a) Doutor(a),

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

Observações:

1. Caso o paciente receba alta sem a autorização do Sistema de Saúde do Exército, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.
2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise.

1	Nome do paciente: _____	
	DN: / _____	
	Matrícula/Prec-Cp: _____	
	Endereço para atendimento: _____	
	Nome do responsável: _____	
	Telefone: () _____	
2	Cuidado Domiciliar Prévio:	Sim
		Não
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:	Data prevista para alta hospitalar: /___/___

4	Possui cuidador identificado?		Sim		
			Não		
5	Diagnósticos:				
6	Antecedentes:				
	Demência	Parkinson	Alzheimer	IRC Dialítica	IRC Não Dialítica
	AVCi	AVCh	DM	HAS	ICC
	IAM	DPOC	Asma	Fibrose Pulmonar	
	Outro(s):				
7	Estado clínico atual:				
8	Grau de Atividade de Vida Diária:				
	Totalmente dependente	Parcialmente dependente	Independente		
9	Recursos Humanos sugeridos:				
	Enfermagem	Nutrição	Médico		
	Fisioterapia Respiratória	Fisioterapia Motora	Fonoterapia		
	Outro Profissional:				
10	Suporte Ventilatório:	Aspiração de Vias Aéreas_x/dia	Traqueostomia		
		Ventilação Mecânica	Cateter Nasal		
		Oxigênio:_____l/min	Intermitente	Continuo	
		BIPAP:	Intermitente	Continuo	
		Nebulização:	Intermitente	Continuo	

11	Terapia Nutricional:		SNE/SNG/Oral		NPT		
			Gastrostomia		Jejunostomia		
		Em caso de dieta especializada (indicar a dieta, volume e modo de administração):					
		Justificar: _____					
12	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	Medicação:					
		Via de administração:					
			Intramuscular		Intravenosa	Via oral	Outros:
		Dose prescrita:					
		Frequência:					
		Acesso Venoso:		Periférico	Central	Outros:	
		Data Início: __/__/__			Data Término: __/__/__		
			SVA intermitente __x/dia		SVD	Diilise Peritonal	
			Cistostomia		Ileostomia	Colostomia	
		Necessita Curativos:			Sim	Não	
		Local dos curativos:					
		Características da lesão:					
		Materiais de uso para					



		curativos:			
13	Necessita Remoção:		Condução Própria	Ambulância Simples	Ambulância UTI
Observações:					
Data ____/____/____					
Médico (Carimbo e CRM legível)					



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)



ANEXO VI - Materiais Não Cobertos e Não Financiados pelo SSEX

Absorvente Higiênico.	Colar cervical.
Abaixador de língua.	Colete lombar.
Forração ortopédica para prevenção de escaras (coxim).	Combi-red (tampa para soro).
Água oxigenada.	Compressa cirúrgica.
Algodão.	Conexão para aspiração, bomba e pressão.
Aparelho para barbear/tricotomia.	Conector.
Aquecedor e manta térmica.	Copo descartável.
Bacia plástica.	Cotonete.
Band-aid.	Creme dental.
Blusas descartáveis.	Antissépticos em geral (Dermoidini, Gehm-hand, Esterilderm, álcool iodado).
Bolsa de água quente.	Dispositivo anti-trombolítico.
Odorizador de ambiente.	Escova de de germação.
Borracha para aspirador.	Escova de dente.
Cadeira de apoio para banho.	Escova para assepsia das mãos.
Cânula de Guedel.	Esponja para banho.
Cinta lombar.	Estabilizador de tornozelo.
Clorohex.	Éter benzina e tintura de iodo.



Faixa elástica pós-operatória.	Pasta gel.
Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.	Pijama descartável.
Filtro respirador.	Plug adaptador macho.
Fiso-Hex.	Sabonete.
Fixador de tubo traqueal.	Sensor para oxímetro.
Fixador externo.	Termômetros.
Formol.	Tipóias.
Frascos para exame.	Toalha descartável.
Fraldas descartáveis.	
Gaze radiopaca.	
Gesso sintético.	
Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.	
Imobilizador.	
Lâmina para tricotomia.	
Látex extensor de O2.	
Lençol descartável.	
Manta.	
Manteiga de cacau.	
Máscara laríngea.	
Meia elástica.	
Meia,cinta, atadura e calça elástica.	
Muletas.	



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

(*) O preenchimento da planilha não substitui a necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.

Assinatura do Profissional/Carimbo



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

**ANEXO VIII - Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão na Atenção
Domiciliar**

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

Prec - CP / SIAPE/CPF: _____

Nível de Complexidade	Início do Turno			Término do Turno	Tipo do Turno	Nome do Profissional	Assinatura do Profissional/ Carimbo	Assinatura do Paciente
Plantão_____hs					diurno			
Plantão_____hs					noturno			

(*)O preenchimento da planilha não substitua necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.

Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo



**MINISTÉRIO DA DEFESA
 EXÉRCITO BRASILEIRO
 13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
 (BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO IX - Controle de Materiais e de Medicamentos Disponibilizados na Atenção Domiciliar

Mês: _____
 Nome do paciente: _____
 Prec-CP/ SIAPE/CPF: _____

Descrição do Material/Medicamento	Nº Registro ANVISA	Lote	Validade	Qtd	Data da entrega

 Assinatura do Paciente/Responsável

(*) O controle de entrega dos materiais e dos medicamentos deverá ser auditado pela Unidade Gestora em visita no domicílio.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO X - Controle do Fornecimento de Fórmula Nutricional Industrializada na Atenção Domiciliar (Dietas ou Suplementos Especializados)

Mês: _____
Nome do paciente: _____
Prec-CP/ SIAPE/CPF: _____

Descrição (Nome da fórmula)	Nº Registro ANVISA	Lote	Validade	Qtd	Data da entrega

Assinatura do Paciente/Responsável

(*) O controle de entrega das dietas e dos suplementos especializados deverá ser auditado pela Unidade Gestora em visita no Domicílio.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

**ANEXO XI- Termo de Responsabilidade do Beneficiário ou do Responsável Legal para
Recebimento das Fórmulas Nutricionais Industrializadas (Dietas ou Suplementos)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Mês: _____
Nome do paciente: _____
Prec-CP/ SIAPE/CPF: _____

2. INFORMAÇÕES DO TERMO

- a. A Periodicidade de acompanhamento pela nutricionista será _____;
- b. As fórmulas nutricionais devem ser fornecidas de acordo com suas especificações técnicas e não pelos nomes comerciais prescritos, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com garantia de similaridade;
- c. É proibida a comercialização ou a doação das fórmulas nutricionais recebidas;
- d. As fórmulas nutricionais industrializadas serão fornecidas com periodicidade de _____;
- e. Tenho ciência de todos os critérios de quantificação do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, critérios de alta, critérios de exclusão.

Assinatura do beneficiário/Responsável



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO XII - Relatório para Indicação, Avaliação e Monitoramento Nutricional do Beneficiário em Terapia Nutricional no Domicílio

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Mês: _____

Nome do paciente: _____

Prec-CP/ SIAPE/CPF: _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA

3. DOENÇA DE BASE

4. DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS

5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

- Peso (kg) - (real, estimado ou referenciado) _____
 - Estatura (cm) - (real, estimada ou referenciada) _____
- Percentual de perda de peso nos últimos 6 meses _____
- Diagnóstico nutricional _____
 - Função gastro intestinal _____
 - Diurese _____
 - Periodicidade de reavaliação nutricional _____

6. ALIMENTAÇÃO VIA ORAL

Presente:	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Data do início da TN ____/____/____				
Consistência:				
Número de refeições:				
Suplementação:				
Alteração do apetite (relatar):				
Mastigação/deglutição (relatar):				
Intolerâncias e alergias alimentares (relatar):				
Alterações de conduta (relatar):				
Data das alterações de conduta:				
Valor energético total ingerido (Kcal/dia):				
Proteína ingerida (g/dia):				
Líquido ingerido (ml/dia): _____				

Duração da terapia nutricional via oral:
Intercorrências:

7. INDICAÇÃO DE TERAPIA ENTERAL ESPECIALIZADA

<u>Indicação permanente:</u>			
Portador de Erros Inatos do Metabolismo (EIM)		Sim	Não
Portador de Síndrome do Intestino Curto		Sim	Não
<u>Indicação temporária:(deverá informar o início e a previsão de alta da TNE)</u>			
Alergia à proteína do leite de vaca (se crianças menores de dois anos)		Sim	Não
Desordens metabólicas (ex: fibrose cística)		Sim	Não
Doenças do sistema digestório (ex: doenças inflamatórias intestinais, algumas situações da Síndrome do Intestino Curto)		Sim	Não
Neoplasias		Sim	Não
	Se sim, qual?		
Doenças cardíacas (insuficiência cardíaca, endocardites, miocardites)		Sim	Não
Doenças do sistema geniturinário (ex:insuficiência renal, doenças glomerulares)		Sim	Não
Doenças do sistema nervoso (ex: esclerose lateral amiotrófica - ELA)		Sim	Não
Paralisias cerebrais		Sim	Não
Transtornos mentais e comportamentais		Sim	Não
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (ex: artrite		Sim	Não



reumatóide)				
Desordens extra piramidais e de movimento (ex: Doença de Parkinson)		Sim		Não
Doenças cerebro vasculares (ex: acidente vascular encefálico -AVE)		Sim		Não
Doenças crônicas do sistema respiratório (ex: doença pulmonar obstrutiva crônica -DPOC)		Sim		Não
Síndrome da imuno defciência adquirida - AIDS		Sim		Não
Outras (justificar):				
Aspectos laboratoriais:				

8. VIA ALTERNATIVA

Presente		Sim		Não
Tipo de fórmula (industrializada, com alimentos, com módulos, mista):				
Características da fórmula:				
Via de acesso/localização (sonda ou ostomia):				
Fracionamento:				
Modo de administração (bolus, gravitacional, bomba de infusão) e volume:				
Modo de infusão (contínua ou intermitente):				
Limpeza da sonda (água/ml):				





**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO XIII - Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD)

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome _____
DN://PRECCP/SIAPE/CPF: _____
Telefone de contato: _____
Endereço: _____
Cuidador ou Responsável: _____

2. RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

a. DIAGNÓSTICO E DOENÇAS DE BASE

3. MEDICAMENTOS EM USO (MEDICAMENTO, DOSE, HORÁRIO, TEMPO DE TRATAMENTO)

4. EXAME FÍSICO



5. DESCREVER SE HÁ OU NÃO NECESSIDADE DE SUPORTE (exemplo: suplementação de oxigênio e modo, VM, TQT, GTT entre outros)

(*) Cada profissional da equipe multiprofissional (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional) deverá elaborar um relatório com a devida justificativa quanto à necessidade de seu atendimento em domicílio.

Profissional responsável/assinatura e carimbo



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA
(BRIGADA BARÃO DE MELGAÇO)**

ANEXO XIV - Relatório Padrão de Curativos

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome _____
Prec -CP/SIAPE/CPF: _____
DN:// Telefone de contato _____
Endereço _____
Cuidador ou responsável: _____

2. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO

a. LOCALIZAÇÃO: _____

b. ESTÁGIO:

	Estágio 01:Pele íntegra com eritema que não embranquece
	Estágio 02:Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
	Estágio 03:Perda da pele em sua espessura total
	Estágio 04:Perda da pele em sua espessura total e perda Tissular
	Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda Tissular não visível
	Tissular Profunda: Coloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

c. TIPOS DE TECIDO ENCONTRADO

Granulação:	()% _____
Necrose de Liquefação (esfacelo):	()% _____
Necrose de Coagulação (escara):	()% _____
Exposição de tendões e físcia muscular:	()% _____
Exposição óssea:	()% _____

d. AVALIAÇÃO DE INFECÇÃO E QUANTIDADE DE SECREÇÃO

	Infecção leve:
<p>Presença de duas ou mais manifestações de infecção, porém a área de eritema ao redor é menor ou igual a 2 cm e a infecção é limitada à pele ou ao tecido subcutâneo. Não existem outras manifestações de complicação local ou sintomas sistêmicos.</p>	
	Infecção moderada:
<p>Infecção que apresenta ao menos uma das seguintes características: celulite/eritema maior do que 2cm, presença de linfangite, acometimento de físcia superficial, abscesso em tecido profundo, envolvimento de tendão e musculatura</p>	
	Infecção grave:
<p>Paciente com sintomas de toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (como febre, calafrio, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave).</p>	

e. MEDIDAS DA LESÃO (tamanho e profundidade)

f. REGISTRO FOTOGRÁFICO (anexos)



g. CUIDADOS COM A FERIDA (descrição dos materiais, quantidades e periodicidade de troca)

h. Observações:

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro e data da avaliação