

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2017 - CEC

(NUP: 64581.008413/2017-88)

ANEXO "I" - Minuta de Termo de Credenciamento para Atenção Domiciliar à Saúde

CREDENCIANTE: União Federal / Ministério da Defesa / Exército Brasileiro / Hospital Militar de Área de Manaus

CREDENCIADO: Organização Civil de Saúde Especializada em Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde.

OBJETO: Prestação de serviços de assistência domiciliar à saúde.

NATUREZA: Ostensiva.

IGÊNCIA: ____/____/____.

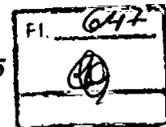
VALOR ESTIMADO: _____.

REGIME DE EXECUÇÃO: indireta, empreitada por preço unitário.

PROCESSO Nº: _____.

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº ____/20____, originado do Processo de Inexigibilidade Nº ____/20____ H Mil A Manaus, do Edital de Credenciamento nº 1/2017 – H Mil A Manaus.

A União, entidade de direito público interno, por intermédio do Hospital Militar e Área de Manaus, órgão do Ministério da Defesa - Exército Brasileiro, com sede na Avenida Professor Ernani Simão, nº 1421, Cachoeirinha, Manaus-AM, CEP 69.065-390, inscrita no CNPJ sob o nº 09.601.850/0001-10, para recurso do Tesouro Nacional, e do CNPJ nº 09.601.850/0002-09, para recurso do Fundo do Exército, representada neste ato pelo seu Ordenador de Despesas, Militar na Função, portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo Serviço de Identificação do Exército Brasileiro, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIANTE, e de outro lado a Organização Civil de Saúde _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, estabelecida à Rua _____, Bairro _____, neste ato representado pelo Sr. Diretor _____,



portador da cédula de identidade nº _____ expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIADO, têm entre si justo e CREDENCIADO, nos termos da seguinte legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - Da vinculação ao Edital

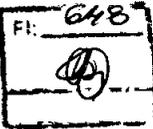
2. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento nº 001/2017 do Hospital Militar de Área de Manaus, do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA - Do fundamento legal

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

CLÁUSULA QUARTA - Do regime de execução

4. Para o início do atendimento de atenção domiciliar à saúde, a apresentação do paciente à equipe de profissionais do CREDENCIADO correrá por conta do beneficiário e/ou de seu



responsável, por meio do agendamento de visita domiciliar solicitada por parte do CREDENCIANTE para a elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD).

4.1. O Plano de Atenção Domiciliar (PAD) deverá apresentar a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, avaliação de dependência (Apêndice IV), 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 (Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar – NEAD).

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

4.2.1. Idosos;

4.2.2. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

4.2.3. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;

4.2.4. Portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente.

5. 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:

5.1. Uma Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Manaus, coordenada pela Seção de Auditoria, indicará ao CREDENCIADO o paciente que receberá a atenção domiciliar à saúde, a fim de que proceda a avaliação do caso e à elaboração do Plano de Atenção Domiciliar:

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

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

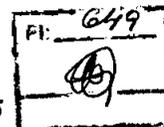
5.2. O atendimento de atenção domiciliar à saúde será autorizado após homologação do referido Plano pelo Diretor do Hospital Militar de Área de Manaus, ouvida a Seção de Auditoria, oportunidade na qual será expedida a competente Guia de Encaminhamento para Atenção Domiciliar à Saúde;

5.3. À Seção de Auditoria 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 do Conselho Federal de Medicina;

5.4. A desmobilização da atenção domiciliar à saúde com a redução gradual da estrutura disponibilizada na atenção domiciliar à saúde, de acordo com a evolução do plano terapêutico



ms



previamente acordado, até a alta da atenção domiciliar, dar-se-á conforme os critérios do Plano de Atenção Domiciliar;

5.5. O CREDENCIANTE poderá, por meio da Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Manaus, 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;

5.6. A atenção domiciliar à saúde terá prazo determinado, podendo, entretanto, no decorrer do período inicialmente estabelecido sofrer alterações, em consequência da evolução/necessidades clínicas do paciente e adesão deste e de seu grupo familiar à assistência oferecida;

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

5.6.2. A autorização será válida para no máximo 30 dias;

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

5.6.3. As prorrogações deverão ser encaminhadas ao 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;

5.6.3.1. Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente; e

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

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

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

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

5.6.6.1. Prorrogações; e

5.6.6.2. Complementares (intercorrências).

5.6.7. Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do (a) paciente serão entregues pelo



CRENCIADO na residência do (a) mesmo (a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura;

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

5.6.9. O CRENCIADO deverá elaborar o relatório de alta domiciliar quando ocorrer alguns dos seguintes motivos:

5.6.9.1. Alta por melhora;

5.6.9.2. Recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

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

5.6.9.4. Ausência do responsável pelos cuidados do (a) usuário (a) durante a atenção domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar do CRENCIANTE ou CRENCIADO;

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

5.6.9.6. Óbito.

5.7. A Equipe Multidisciplinar do Hospital Militar de Área de Manaus procederá a reavaliação periódica dos casos de atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de deliberar sobre a necessidade ou não da continuidade desse tipo de atendimento.

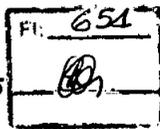
6. Os pacientes beneficiários do FUSEx e seus dependentes, deverão ser encaminhados por Unidade de Atendimento (UAt), portando a Guia de Encaminhamento e serão identificados da seguinte forma:

6.1. Os beneficiários do FUSEx e seus dependentes deverão apresentar o cartão de beneficiário juntamente com a carteira de identidade; e

6.2. Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário do FUSEx, fornecida pela Unidade de Vinculação (UV), acompanhada da carteira de identidade militar ou, caso não possua, outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão de nascimento ou outro documento que o identifique).

7. Os beneficiários da PASS, servidores civis do Exército Brasileiro e seus dependentes, deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e deverão apresentar o cartão de beneficiário juntamente com a carteira de identidade:

7.1. Quando o beneficiário não possuir o respectivo cartão deverá apresentar, no ato do atendimento, a Declaração Provisória de Beneficiário da PASS, fornecida pela UV, acompanhada da carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (carteira de identidade, certidão



de nascimento ou outro documento que o identifique).

8. Os usuários do Fator de Custos deverão ser encaminhados por UAt, portando a Guia de Encaminhamento e deverão apresentar a identidade militar ou a carteira de identidade:

8.1. Os dependentes deverão apresentar, no ato do atendimento, carteira de identidade ou outro documento de identificação próprio (certidão de nascimento ou outro documento que o identifique).

9. Qualquer material, equipamento, medicamento, dieta e outro produto nutricional e gases medicinais utilizados por parte do CONTRATADO no atendimento do paciente, será providenciado, cobertos estes custos por conta do mesmo, com observância das regras postas no contrato:

9.1. 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 e um aspirador de secreção, e

9.2. O justo valor do uso desses materiais e afins será incluído, mediante apresentação de nota fiscal, ao final do atendimento, na conta do paciente e submetido à seção de Auditoria de Contas Médicas do CREDENCIANTE.

10. Nos casos de emergência ou de comprovada urgência, o atendimento será imediato, sem necessidade de apresentação de Guia de Encaminhamento, mediante a identificação do beneficiário socorrido, na forma expressa nos subitens 6, 7 e 8.

11. 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.

11.1. As intercorrências clínicas decorrentes de urgência/emergência, deverão ser comunicadas por parte do CREDENCIADO em até 02 (dois) dias úteis ao 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;

11.2. O FUSEx/SAMMED/PASS não se responsabilizará ou ressarcirá as despesas, caso não seja comprovada a urgência e/ou a emergência ou não tenham sido cumpridas as providências acima previstas;

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

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



12. A remoção do paciente ocorrerá das seguintes formas:

12.1. 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 Procedimentos Hospitalares do Hospital Militar de Área de Manaus para contratos de credenciamento – Anexo M do Edital de Credenciamento nº 001/2017-H Mil A Manaus; e

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

12.2.1. Neste caso, a CREDENCIADA deverá solicitar à Seção de Auditoria a remoção do paciente.

13. 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 de referência do CREDENCIANTE:

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

13.2. O CREDENCIADO deverá solicitar autorização prévia da Seção SAMMED/FUSEx do Hospital Militar de Área de Manaus, por meio dos telefones (92) 2126-2087 (Auditoria) – (92) 2126 2064 (FUSEx).

14. O CREDENCIADO, representado no seu Corpo Clínico, prestará atenção domiciliar nas modalidades de Assistência Domiciliar 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, honorários médicos e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde:

14.1. Assistência Domiciliar prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e assistência de fisioterapeuta, quando se fizer necessário constará de internação básica:

14.1.1. Internação Básica: 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 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

14.1.1.1. Mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro e um aspirador de secreção.



14.2. Internação Domiciliar: 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 necessário. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

14.2.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade: além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de Técnico de Enfermagem por 06 (seis) h/dia;

14.2.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade: além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia; e

14.2.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade: além do contido no Suporte Básico, incluem os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

14.3. 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 requerem acompanhamento contínuo; e

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

14.4.1. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

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

14.4.1.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

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

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

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

14.4.1.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita



por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

14.4.2. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

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

14.4.2.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

14.4.2.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

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

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

14.4.2.6. Pacientes com infecções de repetição; e

14.4.2.7. 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.

14.4.3. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

14.4.3.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

14.4.3.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

14.4.3.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

14.4.3.4. Pacientes que pela dependência possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

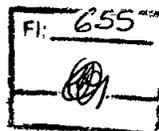
14.4.3.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

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

14.4.3.7. 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.

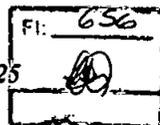
15. O CREDENCIADO deverá realizar os treinamentos necessários aos cuidadores/acompanhantes dos pacientes a serem assistidos pela atenção domiciliar à saúde.

16. 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:

- 16.1. O CREDENCIADO obriga-se a manter atualizada a relação acima indicada; e
- 16.2. 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.
17. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria Organização Civil de Saúde, entendendo-se como:
 - 17.1. O membro do Corpo Clínico do CREDENCIADO;
 - 17.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;
 - 17.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO;
18. Equipara-se ao subitem 17.3, o profissional da saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.
19. 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.
20. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pelo 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 do 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.
21. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médicos orais, justificativas para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.
22. A solicitação de exame ou procedimento coberto pelo FUSEx /SAMMED/PASS será, obrigatoriamente, precedida de análise por médico militar ou serviço de auditoria das UAt, que decidirá pela sua autorização ou negação.
23. Toda medicação a ser administrada ao paciente em tratamento domiciliar deverá ter aprovação prévia da Seção de Auditoria do Hospital Militar de Área de Manaus:
 - 23.1. O credenciante não arca com o fornecimento de medicamentos orais ou de uso contínuo, ficando a cargo da família do paciente.
24. 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.

25. Os tratamentos não cobertos pelo sistema FUSEx/SAMMED/PASS, conforme subitem 7.12 do Edital de Credenciamento nº 001/2017-H Mil A Manaus, não se incluem na presente contratação:

25.1. 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.

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

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

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

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

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

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

27. No caso de óbito de beneficiário, o CREDENCIADO notificará, de imediato, a família do paciente e à Seção SAMMED/FUSEx do Hospital Militar de Área de Manaus, por meio dos telefones (92) 2126-2087 (Auditoria) - (92) 2126-2064 (FUSEx), a quem caberá tomar as providências necessárias.

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

29. O Hospital Militar de Área de Manaus 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 e outras documentações que se fizerem necessárias.

30. A execução deste Termo de Credenciamento será acompanhada e fiscalizada, obrigatoriamente, pelo Chefe da Seção de Auditoria como Fiscal Titular e pelo Chefe da Seção FUSEx com Fiscal Substituto.

CLÁUSULA QUINTA – Dos preços e das condições de pagamento

31. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme o item 8 “DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO” constante do edital de credenciamento.

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

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



mr L

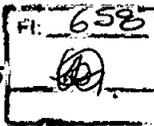
FI: 657
④

33. O pagamento será precedido de consulta quanto à regularidade fiscal do CREDENCIADO.
34. Os pagamentos serão efetuados mediante Ordem Bancária, em favor do CREDENCIADO, na conta corrente, agência e banco informados, após a apresentação de Nota Fiscal dos serviços e lisura das faturas devidamente discriminadas. Deverá constar no corpo das respectivas faturas o período de competência do faturamento.
35. A Nota Fiscal correspondente ao serviço prestado deverá ser emitida em nome do Hospital Militar de Área de Manaus, portador do CNPJ sob o nº 09.601.850/0001-10, para recurso do Tesouro Nacional, e do CNPJ nº 09.601.850/0002-09 para recurso do Fundo do Exército, da qual deverá constar o número da Nota de Empenho correspondente e os dados bancários do CREDENCIADO, para crédito em conta corrente do valor devido, assim como a discriminação detalhada dos serviços cobrados.
36. Os valores vigentes na data de atendimento serão os considerados para a quitação das faturas.
37. O CREDENCIADO se obriga a apresentar à CREDENCIANTE, entre o 25º (vigésimo quinto) e o 30º (trigésimo) dia de cada mês, na Seção de Auditoria e Lisura de Contas Médicas do Hospital Militar de Área de Manaus, a fatura, em 02 (duas) vias de igual teor, em nome do Hospital Militar de Área de Manaus, 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 SAMMED/FUSEx (número de cartão SAMMED/FUSEx, composto pelo Código de Pessoal – PREC/CP – mais sequência familiar), se militar contribuinte do SAMMED/FUSEx, código das Tabelas acordadas nos credenciamentos, valor em R\$ (reais) e relatório de conferência (espelho):
- 37.1. O CREDENCIANTE não será responsabilizado pelo atraso nos pagamentos que sejam decorrentes da apresentação das faturas ou outros documentos fora dos prazos estipulados e com vícios formais que ensejem devolução;
- 37.2. 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;
- 37.3. O CREDENCIADO deverá apresentar as faturas, acompanhadas dos controles diários dos atendimentos dispensados aos pacientes internados, conforme os modelos que seguem anexados a este contrato:

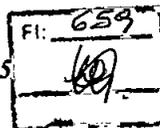
Handwritten marks and signatures on the right margin.



ml



- 37.3.1. Apêndice I: Controle de Atendimento de Assistência Domiciliar à Saúde;
- 37.3.2. Apêndice II: Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão de Assistência Domiciliar à Saúde;
- 37.3.3. Apêndice III: Controle de Materiais/Medicamentos de Assistência Domiciliar à Saúde.
- 37.4. O CREDENCIANTE restituirá a documentação acima citada, se a mesma apresentar rasuras, incorreções ou outros vícios de forma em até 15 (quinze) dias do respectivo protocolo; e
- 37.5. Aceita a documentação, dentro do prazo acima fixado, a mesma será recebida por meio de termo circunstanciado assinado pelas partes.
38. O CREDENCIANTE realizará a aferição das faturas, por meio do Setor de Lisura do Hospital Militar de Área de Manaus, e o pagamento das despesas constantes das notas fiscais, na medida em que estas forem apresentadas, sendo vedada a acumulação das mesmas para providências posteriores sem motivos justificados.
39. Toda situação anormal, que impossibilite ou prejudique o pagamento das despesas, será imediatamente informada ao CREDENCIADO.
40. O CREDENCIANTE glosará, total ou parcialmente, mediante motivação, a remuneração pelos serviços prestados especificados nas faturas que não estiverem de acordo com este Termo de Credenciamento, Edital de Credenciamento nº 001/2017 ou seus Anexos:
- 40.1 O Setor de Lisura do Hospital Militar de Área de Manaus possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentar relatório de glosa contado a partir do término do prazo do subitem 37.5; e;
- 40.2. O CREDENCIADO poderá interpor representação, nos termos do art. 109, II, da Lei nº 8.666/1993, contra a decisão de glosa, constantes das faturas restituídas pelo CREDENCIANTE, conforme Lista Referencial de Glosa do Hospital Militar de Área de Manaus, Anexo R do Edital, dentro do prazo de 07 (sete) dias úteis:
- 40.2.1. Caso o Setor de Lisura reconsidere sua decisão, o procedimento de pagamento prosseguirá seu curso;
- 40.2.2. Caso o Setor de Lisura não reconsidere sua decisão, a representação deverá ser encaminhada à Seção de Auditoria de Contas Médicas, dentro do prazo de 07 (sete) dias úteis, como recurso a ser apreciado pela Comissão designada pelo Diretor do Hospital Militar de Área de Manaus para tal fim, devendo ser observado o procedimento posto nos art. 56 a 65 da Lei nº 9.784/1999.
41. O CREDENCIANTE efetuará o pagamento das faturas apresentadas nas condições prescritas, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado da data de protocolo das mesmas no Hospital Militar de Área de Manaus e após a aferição da respectiva lisura.
42. Sobre o valor devido ao CREDENCIADO, a Administração efetuará a retenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da



Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição para o PIS/PASEP, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

43. Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116, de 2003, e legislação municipal aplicável.

44. O CREDENCIADO regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação por meio de documento oficial de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

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

45.1. O desconto de qualquer valor no pagamento devido ao CREDENCIADO será acatado pela Seção de Auditoria e Lisura de Contas Médicas. Logo será pago o valor à menor cobrado pelo CREDENCIADO, referente à prestação dos serviços objeto deste Edital, prescrevendo desta forma o direito do CREDENCIADO solicitar o pagamento da diferença a posteriori. Portanto não serão aceitas faturas complementares.

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

CLÁUSULA SEXTA – Do reajuste

47. Os valores decorrentes deste termo de credenciamento serão fixos e irrevogáveis, dado sua vigência limitada a um ano, nos termos da Lei nº 10.192, de 14 de fevereiro de 2001.

CLÁUSULA SÉTIMA – Da vigência

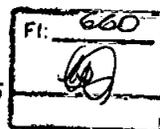
48. O Termo de Credenciamento terá vigência máxima de 12 (doze) meses, até 30 de junho de 2018, respeitada a vigência fixada no item 3.1.1 do edital de credenciamento.

48.1. Os Termos de Credenciamento serão improrrogáveis.

49. O CREDENCIADO dará início aos serviços na data de assinatura do contrato.

CLÁUSULA OITAVA – Da dotação orçamentária

50. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente credenciamento constam do Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 0250270037 – 0250270013 - 0100000000, Programa de Trabalho Resumido 063091 – 063092 – 063163 –



063164, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SAFCTOCSA – D8SAECBOCSA – D8SACIVOCSA – D8SAFUSOCSA.

CLÁUSULA NONA – Da responsabilidade civil

51. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.

52. 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.

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

54. A qualquer tempo o CREDENCIANTE, poderá realizar inspeção nas instalações dos CREDENCIADOS para verificação das condições de atendimento, higiene, equipamentos e capacidade técnico-operativa, devendo assim ser emitido parecer técnico pelo(s) profissional(s) designado para tal fim.

CLÁUSULA DÉCIMA – Das sanções

55. As sanções aplicáveis restam previstas no item 14 – “DAS SANÇÕES” - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da rescisão

56. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses do item 15 – “DA RESCISÃO” - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Das obrigações do CREDENCIANTE

57. As obrigações constam do item 12 – “OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE” – do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Das obrigações do CREDENCIADO

58. As obrigações constam do item 13 – “OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS” – do edital de credenciamento.



CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Da negação de remuneração a militares e servidores civis

59. Os militares e servidores civis da H Mil A Manaus, estando na ativa, não poderão receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Da subcontratação

60. É permitida à entidade contratada subcontratar parte dos serviços objeto deste Contrato, em relação às empresas ora relacionadas:

60.1. Objeto - Serviços de remoção terrestre - pessoa jurídica subcontratada: Remoção de remoção pré-hospitalar e inte-hospitalar móvel;

61. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos neste Termo de Credenciamento, no Edital de Credenciamento nº 001/2017 - H Mil A Manaus e seus Anexos;

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Do valor do credenciamento

63. O valor global estimado para fazer face as despesas relativas ao objeto deste credenciamento, abrangendo sua vigência mais as prorrogações máximas, se for o caso, terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos 12 (doze) meses pelo Hospital Militar de Área de Manaus, para Organizações Civas de Saúde:

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

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

63.3. O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução, para além do limite permitido no §1º do art. 65 da Lei nº 8666/1993, observado que inexistirá expectativa de direto quanto o valor estimado.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Do foro

64. O foro para dirimir questões relativas ao presente contrato será o do município do município de Manaus-AM, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



65. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Manaus-AM, _____ de _____ de _____.

NOME COMPLETO - POSTO
Ordenador de Despesas

NOME
Contratado

NOME
Testemunha

NOME
Testemunha

MANUUTA

[Handwritten signatures]



Apêndice I à Minuta de Termo de Credenciamento de Assistência Domiciliar à Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

CONTROLE DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

FISIOTERAPIA (*)	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

[Handwritten notes and signatures on the right margin]

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

Manaus-AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura e CRM do médico da CREDENCIADA



rv L

Fl: 664

Apêndice II à Minuta de Termo de Credenciamento de Assistência Domiciliar à Saúde



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

CONTROLE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO DE
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

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

Manaus-AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Supervisor de Enfermagem

Handwritten signatures and initials on the right margin.



me

Fl: 665
[Handwritten signature]

Apêndice III à Minuta de Termo de Credenciamento de Assistência Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS**

CONTROLE DE MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE

Mês: _____

Nome do Paciente: _____

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

MANAUS

Manaus-AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Supervisor de Enfermagem

[Handwritten signatures and initials]



ms

Fl: 666

Apêndice IV à Minuta de Termo de Credenciamento de Assistência Domiciliar à Saúde



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS**

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR-NEAD

[Handwritten signatures and initials]

Data da Avaliação: / /

Nome do Paciente:

Prec-CP/Matrícula:

Idade:

Convênio:

Diagnóstico Principal:

Diagnóstico Secundário:

Médico Assistente:

C.R.M.:

MINUTA

GRUPO 1 - ELEGIBILIDADE		
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar		

GRUPO 2 - CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	24 HORAS		12 HORAS		ATENDIMENTO DOMICILIAR/OUTROS PROGRAMAS
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia	Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES		Mais de 5 vezes/dia		Até 5 vezes/dia	Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia	Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE		Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					



GRUPO 3 - CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR						
ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA
						3 POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTOUAR 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 / HIPODERMOCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO
						PONTUAÇÃO FINAL:

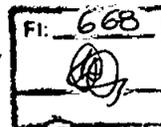
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos dos programas () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros	De 12 a 17 Pontos Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos).	18 Pontos ou mais Considerar Internação Domiciliar 24h

Legenda:

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ anexo.

*** Exclua medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulante



ESCORE DE KATZ		
	I 1 Ponto	0 Ponto
ATIVIDADES	SEM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL.	COM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL OU CUIDADO INTEGRAL.
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.	NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.	NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USAR URINÓL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USAR URINÓL OU COMADRE.
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).	PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE NO 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:		
5 OU 6: INDEPENDENTE 3 OU 4: DEPENDÊNCIA PARCIAL < 2: DEPENDENTE TOTAL		
ASSINATURA/CARIMBO:		DATA: ___/___/___.

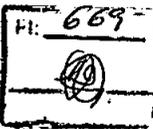
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Grupo 1 - Elegibilidade

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

Grupo 2 - Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

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



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

a. 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:

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

2) 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.

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

b. 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.

c. No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d. A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.



Manaus-AM, 20 de Outubro de 2017.

[Handwritten signature]
ANDRÉ LUIZ FARIA VAZ DE MELLO – Maj
Presidente da CEC/2017

[Handwritten signature]
ALEX MAGALHÃES DE ALMEIDA - Maj
Membro da CEC/2017

[Handwritten signature]
ZANAIR SOARES VASCONCELOS – Cap
Membro da CEC/2017

[Handwritten signature]
GETRO DE BARROS FREIRE JÚNIOR – 1º Ten
Membro da CEC/2017

[Handwritten signature]
JOSÉ RENATO ALVES SILVA – 2º Ten
Membro da CEC/2017

[Handwritten signature]
LYLLIANE ALMEIDA DE OLIVEIRA - 3º Sgt
Membro da CEC/2017

APROVAÇÃO:

Manaus-AM, 20 de Outubro de 2017.

[Handwritten signature]
ROGÉRIO GOMES DE LIMA - Cel
Ordenador de Despesas