



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

### SUMÁRIO

|   |  |   |
|---|--|---|
| CAPÍTULO I.   | QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DO CONTRATANTE .....                        | 1 |
| CAPÍTULO II.  | OBJETO DO CONTRATO .....   | 1 |
| CAPÍTULO III.   | DAS CONDIÇÕES E COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) .....   | 2 |
| CAPÍTULO IV.  | DOS VALORES .....  | 3 |
| CAPÍTULO V.   | DA CARÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) ..... | 4 |
| CAPÍTULO VI.  | REAJUSTE .....   | 4 |
| CAPÍTULO VII.   | DA RESCISÃO .....  | 4 |
| CAPÍTULO VIII.  | DURAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO .....                                     | 5 |
| CAPÍTULO IX.  | ELEIÇÃO DE FORO .....  | 5 |
| ANEXO I – AVALIAÇÃO DO PACIENTE .....                   |  | 6 |
| ANEXO II – DOS VALORES PELOS SERVIÇOS CONTRATADOS ..... |  | 8 |

### CAPÍTULO I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DO CONTRATANTE

#### CONTRATADA/OPERADORA:

|  |                               |                                   |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br><b>UNIMED PALMAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</b>  |                               |                                   |
| CNPJ<br><b>37.313.475/0001-48</b>  | REGISTRO ANS<br><b>309907</b> | TELEFONE<br><b>(63) 3025-5800</b> |
| ENDEREÇO<br><b>Quadra 104 Norte, Rua NE-01, Lote 01, Ed. Beatriz, Salas 101 a 111, Plano Diretor Norte</b> |                               |                                   |
| CIDADE<br><b>Palmas</b>  | UF<br><b>TO</b>               | CEP<br><b>77006-900</b>           |

#### CONTRATANTE:

|                       |        |                      |
|-----------------------|--------|----------------------|
| RAZÃO SOCIAL          |        |                      |
| CNPJ                  | E-MAIL | TELEFONE             |
| ENDEREÇO              |        |                      |
| CIDADE                | UF     | CEP                  |
| NOME DO REPRESENTANTE |        | CPF DO REPRESENTANTE |

resolvem as partes, de comum acordo, firmar o presente contrato conforme cláusulas e condições a seguir:

### CAPÍTULO II. OBJETO DO CONTRATO

Art. 1. O presente contrato tem por objeto a contratação do serviço de atenção domiciliar (SAD), observando às exigências previstas nas normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inclusive na RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006, e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 2. **SE ENCONTRA NO ÂMBITO DA OBRIGAÇÃO CONTRATADA OS SEGUINTE SERVIÇOS, desde que cumpridas as condições previstas no capítulo seguinte e conforme respectivas amplitudes:**

a) **INTERNAÇÃO DOMICILIAR**, evidenciada pelo conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Dep. Jurídico

X

b) **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**: caracterizada pelo conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Parágrafo único – A INTERNAÇÃO DOMICILIAR ora contratada se dá única e exclusivamente **em substituição à internação hospitalar**, devendo ser cumpridas as regras previstas no contrato e a sua respectiva amplitude.

### **CAPÍTULO III. DAS CONDIÇÕES E COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)**

Art. 3. Para o presente instrumento surtir efeitos, **é obrigatória a adesão de no mínimo 02 (dois) beneficiários titulares no SAD, é que os mesmo estejam inscritos no contrato de plano de saúde firmado com o CONTRATANTE.**

Art. 4. Somente poderá requerer o serviço de atenção domiciliar (SAD), o beneficiário regularmente inscrito no contrato de planos de saúde firmado entre as partes, desde que cumpra as demais condições previstas no presente contrato.

§ 1º. Serão excluídos do presente contrato os beneficiários que deixarem de deter os requisitos de elegibilidade previstos no contrato de plano de saúde firmado entre as partes.

§ 2º. A adesão ao presente contrato somente poderá ser realizada nos primeiros 30 (trinta) dias do início de vigência do contrato ou, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do momento que a pessoa se torna elegível para admissão no plano de saúde firmado entre as partes.

Art. 5. Competirá ao Médico Assistente, que acompanha o paciente, a apresentação de relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências.

Art. 6. Para fazer jus aos serviços de atenção domiciliar o paciente deve ser avaliado por equipe especializada, além de auditoria da Operadora, **conforme regras definidas no ANEXO I, que faz parte integrante do presente contrato.**

Parágrafo único – As partes resolvem, de comum acordo, na avaliação dos pacientes, utilizar a TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD.

Art. 7. Além da avaliação prevista no artigo anterior, para que o Beneficiário/Paciente seja admitido no serviço de atenção domiciliar (SAD) devem ser observadas as condições clínicas, domiciliares e do grupo familiar, cabendo:

I. A aprovação familiar e do paciente, principalmente sobre as regras do serviço, indicando o respectivo cuidador que acompanhará o paciente;

II. O domicílio deve possuir energia elétrica, condições sanitárias mínimas, meio de comunicação fácil e acesso com ventilação adequado para o paciente (portas e janelas) e, ainda, deve ter localidade no âmbito da área de atuação do plano de saúde contratado;

III. O fácil acesso para ambulâncias e carros;

IV. Condições clínicas, mediante avaliação do relatório médico e respectiva adequação deste perante as regras previstas no **ANEXO I**.

Art. 8. O serviço ora contratado de **NÃO engloba o pagamento de cuidadores**, que devem ser providenciados e arcados pelo beneficiário ou família e, conforme melhor prática, de preferência, o cuidador deve ser um parente, garantindo maior abrigo e segurança ao paciente.

Parágrafo único – Cuidador é a pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 9. Competirá à Contratada a disponibilização de Equipe Multiprofissional, constituída por profissionais com a função de prestar os cuidados eminentemente técnicos ao beneficiário, disponibilizados nos moldes do **ANEXO I** e, desde que, os referidos procedimentos estejam dentro da cobertura do plano de saúde contratado.

Parágrafo único – Os serviços não técnicos de cuidado e companhia do paciente devem ser realizados preferencialmente por membros da família ou pessoa na função de cuidador, não estando englobados no presente contrato.

Art. 10. Além da equipe técnica, competirá à contratada a disponibilização dos equipamentos médicos, materiais e medicamentos extritamente vinculados ao serviço de atenção domiciliar, **NÃO englobando**:

I. Limpeza do quarto, domicílio e utensílios da residência do paciente;

II. Preparação de alimentação, salvo enteral e parenteral, prescritos pelo médico assistente;

III. Produtos de higiene pessoal (sabonete, shampoo, desodorante, cotonetes, fraldas, hidratantes, pasta de dentes, enxaguantes bucais, etc.);

IV. Aço chocolates, iogurtes, frutas, leites em pó, suplementos alimentares, etc;

V. Fornecimento de medicamentos ou materiais que não estejam relacionados ao serviço de atenção domiciliar ora contratado e que já seja de uso do próprio paciente.

Art. 11. Deve ser elaborado pela equipe responsável pelo serviço de atenção domiciliar, um plano contemplando o conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

Parágrafo único – O plano deve ser periodicamente reavaliado, identificando se o paciente ainda se encontra cumprindo as condições para manutenção do serviço de atenção domiciliar.

Art. 12. O serviço de atenção domiciliar possui a finalidade de habilitação do indivíduo e da família para aprender a lidar com os problemas criados ou sequelas originadas da patologia, o que significa capacitar o indivíduo e a família para lidar com o agravo, de forma a precisar cada vez menos dos serviços de profissionais de saúde, cabendo ao cuidador prestar a assistência de rotina necessária ao paciente.

Art. 13. Será de responsabilidade da Operadora a remoção do paciente, desde que o serviço de atenção domiciliar seja qualificado como **INTERNAÇÃO DOMICILIAR** e, única e exclusivamente, quando da necessidade, de acordo com quadro clínico, de promover sua internação hospitalar, nos termos do contrato de plano de saúde.

Parágrafo único – Não está contemplada na presente contratação, a remoção do paciente para realização de consultas, procedimentos e exames eletivos.

#### **CAPÍTULO IV. DOS VALORES**

Art. 14. Para fazer jus aos serviços delineados no presente ajuste, a CONTRATANTE pagará, **por beneficiário inscrito**, os valores definidos no ANEXO II.

Art. 15. O pagamento dos valores será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, que autoriza a cobrança na mesma fatura, vencimento e forma da cobrança da contraprestação pecuniária relativa ao plano de saúde contratado.

Parágrafo único - Nos casos dos beneficiários estiverem enquadrados nos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98, a responsabilidade pelo pagamento dos valores relativos ao presente contrato incube ao beneficiário titular.

Art. 16. Ocorrendo impontualidade no pagamento de quaisquer valores previstos neste contrato, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, mais multa de 2% (dois por cento) e 10% de honorários advocatícios.

Art. 17. Todos os valores devidos decorrentes do contrato constituem dívida líquida e certa de responsabilidade do CONTRATANTE, passível de execução, mesmo após a rescisão do contrato.

#### **CAPÍTULO V. DA CARÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)**

Art. 18. Para utilização dos serviços delineados no presente contrato, será obrigatório o cumprimento de **CARÊNCIA DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS.**

#### **CAPÍTULO VI. REAJUSTE**

Art. 19. O reajuste dos valores do presente contrato será exatamente o mesmo aplicado à contraprestação pecuniária relativa ao plano de saúde contratado, **englobando os custos do presente serviço à sinistralidade do contrato de planos de saúde firmado entre as partes.**

#### **CAPÍTULO VII. DA RESCISÃO**

Art. 20. O contrato poderá ser RESCINDIDO, com a aplicação das penas convencionais eventualmente previstas e demais efeitos contratuais e legais, nas seguintes hipóteses:

- a) a qualquer momento, pelo inadimplemento pela CONTRATANTE dos valores previstos no contrato, por período superior a 30 (trinta) dias, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DO CONTRATO, mediante notificação prévia de 10(dez) dias para regularização do débito;
- b) a qualquer momento, por quaisquer das partes, por conduta fraudulenta, inadimplemento das obrigações previstas no contrato, ou pela prática de ato ilícito, mediante notificação prévia de 10(dez) dias à outra parte contratante;
- c) a qualquer momento, pela CONTRATADA, por conduta fraudulenta de qualquer beneficiário pertencente ao presente instrumento, titular ou dependente, seja ela omissiva ou comissiva;
- d) imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses de vigência inicial do contrato e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, não cabendo, neste caso, qualquer aplicação de penas convencionais e indenização recíproca;
- e) caso deixe a CONTRATANTE de cumprir a regra de adesão e manutenção ao presente de, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos beneficiários do contrato de planos de saúde firmado entre as partes;
- f) dentro da vigência do período de 12 (doze) meses iniciais do contrato, pela CONTRATANTE, mediante prévia notificação à CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando sujeita, a CONTRATANTE ao pagamento da multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das contraprestações que seriam devidas até o término do prazo de vigência de 12 (doze) meses do contrato.

Parágrafo único. A manutenção os serviços pela CONTRATADA, após os prazos estipulados na presente cláusula, visando o bom andamento dos serviços, não caracteriza novação e obriga à CONTRATANTE ao respectivo pagamento da contraprestação, mantendo integralmente o direito da CONTRATADA de realizar a respectiva rescisão contratual.

Art. 21. A contratação e manutenção deste contrato é condicionada a vigência do contrato de plano de saúde firmado entre as partes.

Art. 22. A CONTRATANTE, em qualquer hipótese de rescisão contratual, se compromete:

a) Comunicar a rescisão aos BENEFICIÁRIOS, informando da extinção da responsabilidade da CONTRATADA em realizar os serviços de atenção domiciliar, sob pena de se responsabilizar por todo e qualquer prejuízo causado à CONTRATADA em razão de sua desídia;

Art. 23. Em qualquer hipótese de inadimplemento de valores pela CONTRATANTE, fica facultada a CONTRATADA a promover a cobrança extrajudicial e judicial das faturas vencidas, com a ocorrência de antecipação do vencimento das vincendas, além de eventuais perdas e danos, acrescidas dos juros e penas convencionais ajustadas, atualização monetária, despesas e custas processuais e honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento).

Art. 24. A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA SOBRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR, INICIADAS DURANTE A VIGÊNCIA DO CONTRATO, CESSARÁ NA DATA DA RESCISÃO FORMAL DO MESMO, CORRENDO QUAISQUER DESPESAS A PARTIR DAÍ POR CONTA DA CONTRATANTE.

### **CAPÍTULO VIII. DURAÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO**

Art. 25. O presente contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, passando, após este período para vigência por prazo indeterminado, não serão exigidas taxas de renovação.

### **CAPÍTULO IX. ELEIÇÃO DE FORO**

Art. 26. Fica definido como foro o município de domicílio do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Palmas-TO, 23 de agosto de 2020.

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**UNIMED PALMAS**

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome: Joalino Danta

CPF: 380463931-34

Dep. Jurídico

X  
\_\_\_\_\_

**ANEXO I – AVALIAÇÃO DO PACIENTE**

**TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR  
(Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar - NEAD)**

| 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 <sup>3</sup> POR SNG/SNE * |
| KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)   | 0  | INDEPENDENTE                                | 1 | DEPENDENTE PARCIAL  | 2   | DEPENDENTE TOTAL                                       |
| INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO   | 0  | 0 - 1 INTERNAÇÃO                            | 1 | 2 - 3 INTERNAÇÕES   | 2   | > 3 INTERNAÇÕES  |
| ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES   | 0  | AUSENTE                                     | 1 | ATÉ 5 VEZES AO DIA  | 2   | MAIS DE 5 VEZES AO DIA                                 |
| LESÕES  | 0  | NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES | 1 | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO | 2   | MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS               |
| MEDICAÇÕES  | 0  | VIA ENTERAL                                 | 1 | INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***   | 2   | INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE        |
| EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS  | 0  | AUSENTE                                     | 1 | INTERMITENTE  |   |  |
| USO DE OXIGENIOTERAPIA  | 0  | AUSENTE                                     | 1 | INTERMITENTE  | 2   | CONTÍNUO   |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA  | 0  | ALERTA                                      | 1 | CONFUSO/DESORIENTADO  | 2   | COMATOSO   |
|   |  |   |   |   |   | <b>PONTUAÇÃO FINAL:</b>                                |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE   |  |   |   |   |   |  |
| Até 5 Pontos  | Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicções Parenterais ( ) Outros Programas |   |   | De 12 a 17 Pontos   | Considerar <b>Internação Domiciliar 12h</b> |  |
| De 6 a 11 Pontos  | Considerar <b>Atendimento Domiciliar Multiprofissional</b> (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)           |   |   | 18 ou mais Pontos   | Considerar <b>Internação Domiciliar 24h</b> |  |

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

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

| ESCORE DE KATZ       |  |   |                     |   |  |
|----------------------|--|---|---------------------|---|--|
| ATIVIDADES           | INDEPENDÊNCIA<br>1 PONTO<br>(sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)                                    |   |                     | DEPENDÊNCIA<br>0 PONTO<br>(com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral) |  |
|                      | BANHAR-SE  | BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA. |                     |   | NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO. |
| VESTIR-SE            | PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS. |   |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.                         |  |
| IR AO BANHEIRO       | DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.          |   |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOLOU COMADRE.                        |  |
| TRANSFERÊNCIA        | SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.      |   |                     | NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.                   |  |
| CONTINÊNCIA          | TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).   |   |                     | É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.                                      |  |
| ALIMENTAÇÃO          | LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.                     |   |                     | NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.           |  |
|                      |  |   |                     |   | <b>PONTUAÇÃO KATZ:</b>   |
| CLASSIFICAÇÃO KATZ   |  |   |                     |   |  |
| 5 OU 6               | INDEPENDENTE   | 3 OU 4  | DEPENDÊNCIA PARCIAL | < 2   | DEPENDENTE TOTAL   |
| Assinatura e 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 e clínica do paciente.

### Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
  - 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
  - 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
  - No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
  - A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

---

**ANEXO II – DOS VALORES PELOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

- Adesão Compulsória:
- 100% dos beneficiários do contrato de plano de saúde firmado entre as partes façam a adesão ao presente instrumento:
  - R\$ 25,00 (vinte reais), **por beneficiário inscrito**;
- Adesão Facultativa:
- Caso a adesão ao presente instrumento não seja da totalidade dos beneficiários do contrato de plano de saúde firmado entre as partes, :  
Valor do titular será R\$100,00 demais dependentes R\$25,00 cada.

Palmas, 23 de Agosto de 2021