

## PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

A ABEMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar é uma sociedade civil sem fins lucrativos, que tem como objetivo principal promover o conceito de cuidados de saúde domiciliar, seu progresso científico e a prática ética da medicina domiciliar em consonância com os princípios e normas das boas práticas dos diversos profissionais de saúde envolvidos com essa assistência.

Em caso de interesse de VV.SS., informamos que o pedido de admissão ao nosso quadro de Associados deverá ser formulado à **Presidência da ABEMID** e encaminhado a nossa Secretaria, instruído de cópia do contrato social da empresa, certificado de registro no CRM, bem como questionário e termo de responsabilidade preenchidos e assinados pelo representante legal da empresa.

Sua correspondência deverá ser encaminhada para o seguinte endereço:  
Avenida Rio Branco, 257, 15º andar, Centro, Rio de Janeiro - Rio de Janeiro,  
CEP: 20040-009

A derradeiro, esclarecemos que o pedido de filiação será submetido ao Comitê de Seleção da ABEMID, que comunicará o resultado da avaliação da proposta.

Sendo o que ora se nos apresenta, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários. Atenciosamente,

**SECRETARIA ABEMID**

## ABEMID - Questionário de Avaliação – Empresas de Home Care

IDENTIFICAÇÃO											
Nome Fantasia											
Razão Social											
CGC											
Endereço da sede											
Cidade / Estado					CEP:						
Telefones		Fax		Cel:							
CNPJ											
Inscrição Municipal											
Nº do Alvará de Func.											
Nº do Alvará da V.S.											
Atividade Fim											
e-mail											
Site – Internet											
EQUIPE DE APOIO MULTIPROFISSIONAL				Tel. contato	Conselho	Nº do Reg.	RT*				
<b>OB</b>	Médico Responsável										
	Técnico										
<b>OB</b>	Enfª Responsável										
	Técnica										
<b>OP</b>	Nutricionista Responsável										
<b>OP</b>	Fisioterapeuta Responsável										
<b>OP</b>	Fonoaudiólogo Responsável										
<b>OB</b>	Farmacêutico Responsável										
<b>OP</b>	Psicólogo										
<b>OP</b>	Assistente Social										
<b>OB = Obrigatório - OP = Opcional</b>											
<b>Obs.: Enviar currículo e cópia das cédulas profissionais dos profissionais acima listados.</b>											
<b>* RT = RELAÇÃO DE TRABALHO COM A EMPRESA</b>											
(1) Contrato CLT - (2) Contrato Empresa x Empresa - (3) Cooperativa - (4) RPA - (5) Outros (informar)											
SERVIÇOS DISPONÍVEIS	* Relação de Trabalho (RT)					SERVIÇOS	* Relação de Trabalho				
Enfermagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Hemoterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Fisioterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Mobiliário	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Fonoaudiologia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Remoção	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Equipe Médica	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Laboratório	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Suporte Nutricional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Radiologia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Suporte Ventilatório	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Farmácia/Almox.	( )	Próprio	( )	Terceirizado	
Gazes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Diálise	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Documentação Necessária:</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta do diretor técnico (médico) apresentando a empresa, "dando fé" as informações fornecidas.</li> <li>• Cópia autenticada dos dados de identificação da empresa – Contrato social e alterações / CNPJ / Certificado de responsabilidade técnica (médico e Enfª) / Certidão de Inscrição no CRM e COREN / Alvará de funcionamento</li> </ul>											

## PADRÕES ORGANIZACIONAIS E LOGÍSTICOS DAS CENTRAIS DE ATENDIMENTO OPERACIONAL

1. A empresa possui sede definida	( ) Sim ( ) Não
2. Horário de funcionamento da empresa	( ) 24 h ( ) 12 h ( ) < 12 h
3. Nº de Dias de funcionamento – 07 dias na semana	( ) Sim ( ) Não
4. Atendimento Domiciliar de Emergência 24 h	( ) Sim ( ) Não
5. Serviço de remoção 24 h	( ) Sim ( ) Não
6. Sistema de comunicação externo	( ) Rádio/Celular ( ) Rádio ( ) Celular
7. Sistema de comunicação interno	( ) Correio Interno ( ) Intranet ( ) Internet
8. Sistema Operacional	( ) Informatizado ( ) Manual
9. A empresa tem definida as relações de trabalho com todas as áreas de atuação	( ) Sim ( ) Não
10. A empresa dispõe de profissional habilitado na área de Jurídica	( ) Sim ( ) Não
11. A empresa dispõe de profissional habilitado na área de Recursos Humanos	( ) Sim ( ) Não
12. Nº de horas do profissional médico disponível dentro da sede (mínimo)	( ) 08 h ( ) < 08 h
13. Nº de horas do profissional farmacêutico disponível dentro da sede (mínimo)	( ) 04 h ( ) < 04 h
14. Plantão Técnico na Central de atendimento	( ) 24 h ( ) 12 h ( ) < 12 h
15. Supervisão Médica de rotina (mínimo)	( ) 1x/sem ( ) > 1x/sem ( ) < 1x/sem
16. Supervisão de enfermagem de rotina	( ) 1x/sem ( ) > 1x/sem ( ) < 1x/sem
17. Relação Enfermeiro supervisor domiciliar / Paciente	( ) 1:15 ( ) < 1:15 ( ) > 1:15
18. Relação Médico supervisor domiciliar / Paciente	( ) 1:15 ( ) < 1:15 ( ) > 1:15
19. Relação Aux. ou Téc. de Enf./ paciente (Máximo de hora corrida trabalhada = 24 h)	( ) 2:01 ( ) < 2:01 ( ) > 2:01
20. Relação Fisioterapeuta / Paciente	( ) 1:06 ( ) < 1:06 ( ) > 1:06
21. Relação Fonoaterapeuta / Paciente	( ) 1:06 ( ) < 1:06 ( ) > 1:06
22. O paciente, sua família e sua residência são avaliados antes de se iniciar o atendimento	( ) Sim ( ) Não
23. A equipe médica participa da avaliação pré ID e das programações de atendimento	( ) Sim ( ) Não
24. A supervisão médica recebe o paciente no momento de sua chegada no domicílio	( ) Sim ( ) Não
25. A supervisão de enfermagem recebe o paciente no momento de sua chegada no domicílio	( ) Sim ( ) Não
26. Os serviços envolvidos no plano terapêutico iniciam o atendimento dentro das 24 h após a ID	( ) Sim ( ) Não
27. A instituição realiza reuniões periódicas de avaliação clínica dos pacientes em atendimento com a equipe multiprofissional	( ) Sim ( ) Não
28. A empresa possui um programa sistematizado de "desmame" e treinamento dos familiares	( ) Sim ( ) Não
29. A empresa disponibiliza profissional habilitado para conduzir o treinamento de familiares e cuidadores nos cuidados de manutenção.	( ) Sim ( ) Não
30. A empresa fornece orientações de alta por escrito	( ) Sim ( ) Não
31. A empresa fornece atestado de óbito	( ) Sim ( ) Não
32. Todos os domicílios possuem prontuário sistematizado *	( ) Sim ( ) Não

33. A empresa mantém Local para arquivo da documentação médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34. A documentação médica poderá ser acessada em qualquer tempo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
35. A empresa fornece relatórios gerenciais de consumo por período de cobrança	<input type="checkbox"/> Informatizado <input type="checkbox"/> Manual
36. A empresa faz controle dos nº de atendimento, altas, óbitos, rehospitalização e intercorrências clínicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
37. A empresa possui autorização da ANS para o funcionamento da farmácia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
38. Mantém livros de registros preenchido e atualizados **	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
39. Mantém um Protocolo de Homologação de fornecedores	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
40. Faz controle sistematizado da qualidade e do prazo validade dos materiais e medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
41. Existe um controle de fornecimento e consumo dos produtos disponibilizados no domicílio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
42. O sistema de reposição e controle do consumo é informatizado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
43. Possui frequência sistematizada para a reposição dos produtos nos domicílios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
44. Dispõe de meios para atendimentos a solicitações emergenciais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
45. Dispõe de meios para organizar e guardar os produtos adequadamente nos domicílios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46. O transporte dos produtos é realizado com atenção especial na preservação dos mesmos – Controle de temperatura (ar cond. e caçambas climatizadas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
47. Possui EMTN (equipe multiprofissional de terapia nutricional) atuando na empresa	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> terceirizada
48. Todos os pacientes fazem acompanhamento Nutricional com Nutricionista Clínica durante o período da ID	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
49. Sobre as Dietas Enterais	<input type="checkbox"/> Manipulada em Área Específica * <input type="checkbox"/> Industrializada <input type="checkbox"/> Manipulada na casa do paciente
50. Sobre as Soluções Parenterais	<input type="checkbox"/> Manipulada em Área Específica * <input type="checkbox"/> Industrializada <input type="checkbox"/> Manipulada na casa do paciente
51. Sobre a Terapia Nutricional - Mantém acordo formal de terceirização com entidade habilitada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
52. O transporte das soluções nutricionais é realizado com atenção especial na preservação das mesmas – Controle de temperatura (ar cond. e caçambas climatizadas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
53. As soluções possuem rótulos de identificação com registro da h. da manipulação e o prazo de validade da mesma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
54. Existe rotina de acondicionamentos dessas soluções no domicílio – Orientação escrita para a família	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
55. É realizado orientação nutricional para os pacientes com dieta artesanal – Orientação escrita para a família	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
56. Possui programa sistematizado de treinamento nas rotinas do suporte nutricional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
57. Dispõe de meios para disponibilizar equipamento em situações de emergência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
58. Existe rotina sistematizada de manutenção dos equipamentos disponibilizados nos domicílios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
59. A troca de filtros e circuitos dos respiradores obedecem a frequência estipulada no protocolo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
60. Faz controle do cumprimento das rotinas do item anterior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
61. São disponibilizados meios que possam substituir a rede elétrica em caso de falta de luz	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

62. É mantido nas residências pelo menos 01 cilindro de O <sub>2</sub> , montado com válvula para aspiração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
63. Possui programa sistematizado de treinamento nas rotinas do suporte ventilatório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
64. Sobre o Suporte Ventilatório - Mantém acordo formal de fornecimento de equipamentos com entidade habilitada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
65. Possui controle da entidade fornecedora quanto as normas de desinfecção e limpeza dos equipamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
66. Existe rotina de calibração dos equipamentos (monitores) disponibilizados nos domicílios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
67. Possui programa sistematizado de Controle de Infecção Cruzada no Domicílio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
68. Mantém rotinas de desinfecção e limpeza dos materiais e equipamentos oriundos dos domicílios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
69. Tipo de Esterilização utilizado	<input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Óxido de Etileno <input type="checkbox"/> Autoclave
70. Mantém acordo formal com entidade de esterilização habilitada	<input type="checkbox"/> Sistema Próprio <input type="checkbox"/> Sistema Terceirizado
71. Recebe os laudos do controle de qualidade da empresa contratada - item acima	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
72. Avalia sistematicamente os critérios de CQ da empresa contratada – item acima	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
73. Mantém registro do controle microbiológico do autoclave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Usa Autoclave
74. Possui área específica para o cumprimento do item anterior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
75. Controla e registra o prazo de validade da esterilização	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
76. O acondicionamento e a guarda dos materiais seguem as normas da VS ***	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
77. Possui protocolos de frequência de trocas de próteses e circuitos no domicílio (CICD)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
78. Faz controle dos cumprimentos das normas do item anterior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
79. Fornece por escrito normas de desinfecção e limpeza dos domicílios ( <i>Cartilha da família</i> )	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
80. Faz controle dos cumprimentos das normas do item anterior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
81. Possui programa sistematizado de treinamento nas rotinas de CICD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
82. A empresa faz uso nos domicílios de recipiente específico para acondicionamento dos perfuro cortantes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
83. A empresa se responsabiliza pelo recolhimento do lixo perfuro cortante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
84. A empresa se responsabiliza pelo recolhimento do lixo Tóxico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
85. A empresa cumpre as normas do poder público * quanto ao destino final dos lixos citados nos itens 84 e 85	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
86. Fornece orientação sistematizada para os familiares e equipe de enfermagem sobre o manuseio e destino do lixo comum oriundo do atendimento diário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
87. A instituição dispõe de normas e rotinas operacionais protocoladas e manualizadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
88. A instituição dispõe de assinaturas de revistas e outras publicações científicas referentes ao seguimento da assistência domiciliar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
89. A instituição possui um programa de capacitação e treinamento para sua equipe multiprofissional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
90. A instituição realiza eventos científicos periodicamente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
91. A instituição promove divulgação científica através de publicações em revistas/Home Page/livros/Congressos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
92. A instituição segue a legislação vigente* com relação a prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



93. A empresa dispõe de CIPA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
94. A instituição promove treinamentos periódicos com relação a prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
95. A instituição fornece, para cada equipe domiciliar, instrução sobre o manuseio e os cuidados com os equipamentos, visando a prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
96. A instituição disponibiliza equipamentos de proteção individual (máscara/óculos/capote/luvas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
97. A instituição tem protocolado um plano de atendimento em casos de acidente.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
98. Os exames solicitados são agendados pela Central de atendimento da instituição	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
99. O agendamento é cumprido sem atrasos e/ou suspensão em pelo menos 80% dos casos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
100. A empresa é responsável pela entrega dos resultados aos médicos solicitantes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
101. A empresa possui um sistema de controle de qualidade do seu prestador de serviços	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
102. A enfermagem e/ou família recebem orientações quanto ao preparo de exames	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
103. A empresa tem implantado um programa de qualidade e faz controle sistematizado de suas taxas e seus índices	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
104. A empresa realiza pesquisa de satisfação do cliente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
105. A empresa possui um S. A . C. (Serviço de Atendimento ao Cliente)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do  
Diretor Técnico da Empresa: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_ (Empresa Proponente), inscrita no  
CNPJ sob o n.º \_\_\_\_\_, situada na  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, neste ato representada por  
\_\_\_\_\_, nacionalidade, estado civil,  
profissão, portador da carteira de identidade n.º \_\_\_\_\_, expedida por  
\_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_,  
residente na \_\_\_\_\_,

visando integrar o quadro de associados da ABEMID - Associação Brasileira de  
Empresas de Medicina Domiciliar, com o objetivo principal de unir esforços para a  
promoção do conceito de cuidados de saúde domiciliar, seu progresso científico e a  
ética na medicina, em consonância com os princípios e normas das boas práticas  
dos diversos profissionais de saúde atuantes no setor, declara, por este ato, serem  
verídicas todas as informações prestadas, bem como serem autênticos todos os  
documentos apresentados à Associação, assumindo integral responsabilidade pelos  
mesmos.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_  
**Empresa Proponente**