



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Lagoa Vermelha, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.
2. **MEMORIAL DESCRITIVO**

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	4 atendimentos mensais
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	2 sessões diárias/07 vezes por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	2 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Médico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Frasco para dieta enteral	31 unidades
Equipo para administração da dieta enteral	31 unidades
Frasco para água enteral	31 unidades
Extensor de oxigênio 05 metros	01 unidade
Tubo de Látex nº 204	10 metros/mês
Sonda de aspiração nº 12	150 unidades
Seringa descartável 05ml sem agulha	31 unidades
Seringa de 20ml sem agulha	31 unidades
Luva plástica, individual, estéril, pacotes com 100 unidades	03 pacotes
Soro fisiológico 0,9%, ampola de 10ml	300 ampolas
Nistatina + óxido de zinco 60gr	02 tubos
Micropore 2,5 cm x 5 cm	03 unidades
Compressa 50x50cm para banho de leito	100 unidades
Gaze estéril 10 X 10 cm estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	50 envelopes
Óleo Dersani, frasco de 200ml	01 frasco
Filme transparente rolo Opsite Flexifix (Smith Nephew) 10 cm x 10 m	1 unidade



Trasqueostomia para troca cada 7 a 10 dias (modelo plástica com balonete número 7)	03 unidades
Filtro bacteriológico e umidificador compatível ao ventilador pulmonar	04 unidades
Filtro bacteriológico e umidificador compatível ao cough assist	02 unidades
Máscara borda inflável para cough assist	01 unidade

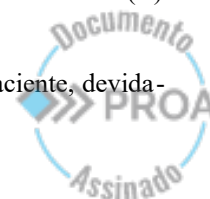
EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar com regulação elétrica com grades laterais	Diária
Kit curativo, composto por pinças e tesouras	Diária
Cadeira de rodas adaptável, com encosto cervical, assento com divisória, suporte para ventilador pulmonar e soro	Diária
Guincho elétrico para remoção do paciente do leito	Diária
Oxímetro de mesa	Diária
Aspirador Cirúrgico de secreção, com potência de 600 mmHg, 220v	Diária
Estetoscópio infantil	Diária
Esfigmomanômetro infantil	Diária
Colchão para cama hospitalar com piramidal acoplado no colchão	Diária

3. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

- 3.1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos;
- 3.2. Apresentar, mensalmente, prontuário do paciente, em ordem cronológica, com o registro de todos os atendimentos e atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente.
 - 3.2.1. A apresentação poderá ser encaminhada via correspondência Física (Carta AR) ou correspondência eletrônica (e-mail), desde que nela constem todas as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.
 - 3.2.2. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
 - 3.2.3. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
 - 3.2.4. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s) profissional (is) responsável(is);
- 3.3. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;





24200001741423

3.4. O prontuário do paciente, assim como a escala dos profissionais, se manuscritos, deverão conter letra legível, sem rasuras, devidamente assinados, conforme exposto nos itens 3.2.4 e 3.3.

3.5. Os documentos descritos nos itens 3.2 e 3.3 devem ser entregues mensalmente com a Nota fiscal (NF) para pagamento, nos termos descritos no contrato, referentes aos atendimentos realizados.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **H.S.I.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001741423

Nome do documento: TR HSI DEZ 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

17/12/2024 13:14:33

