



TERMO DE REFERÊNCIA

I. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar para paciente residente no município de Sarandi/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico de Enfermagem	Acompanhamento/atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, prescrição e procedimentos de enfermagem	02 visitas semanais
Médico	Acompanhamento médico	01 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória	02 atendimentos por dia
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoaudiologia	04 sessões semanais
Nutricionista	Acompanhamento Nutricional	01 visita mensal
Psicólogo	Acompanhamento psicológico	02 atendimentos semanais
Terapia Ocupacional	Atendimento com terapeuta ocupacional	01 atendimento por semana
Acupuntura	Sessões de Acupuntura	01 atendimento semanal

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Curativo composto por não tecido de fibras de alginato de cálcio estéril	10
Filme transparente	30
Espuma com prata	10
Curativo hidrocolóide com Alginato	10
Gaze rayon 75 x 7,5	48
Compressa de gaze estéril 7,5 x 7,5 13 fios com 10 unidades	300
Campo operatório 45 x 50	100
Cânula De Traqueostomia Shiley, Com Cuff, Sem Fenestra, Tamanho 7,5 – Modelo 6cn75a	1 A Cada 4 Meses
Cânula Nasal Tipo Óculos Para Oxigenoterapia	04
Tubo de látex ou silicone para oxigênio	20 metros
Sonda Aspiração Traqueal nº 12	150
Micropore 2.5x5cm	03



Fitas p aparelho de HGT	30
Seringa estéril 20ml com rosca	30
Seringa estéril 3 ml com agulha 25 X 0,7	10
Algodão Hidrófilo Pacote com 500g	1
Compressas de algodão 7,5 x 7,5	60
Coletor para Material Perfurocortante de papelão 13 litros	1
Abaixador de língua	1 pacote a cada 2 meses
Bandagem corporal adesiva elástica 5 metros	1
Gel Condutor para eletroestimulação 300ml	1
Clorexidina Aquosa 0,2% 1000ml	2
Sonda Freka Peg Gastrica Enfit Fr 20 e Acessórios	1 A Cada 2 Anos
Curativo Allevyn Traqueo 9x9cm	10 Unidades
Fixador Fix Holder Para Cânula De Traqueostomia Adulto	15 Unidades Mês
Solução Fisiológica 0,9% 1000ml	01
Pomada Para Tratamento De Assaduras Nistatina + Óxido De Zinco 60mg	8 Tubos Ao Mês
Luva Plástica estéril, pacote com 100 unidades	02 pacotes
Curativo Saf Gel- Convatec- Alginato de Calcio e sodio 85 g	02 tubos ao mês
Curativo Hidrofiba Aquacel ag +Extra	1 caixa por mês
Dersani	04
Sonda de Aspiração nº10	150
Pomada para prevenção de assaduras	02
SafGel	03
Gel Condutor para eletroestimulação 300ml/	01
Loção hidratante Lanete ou similar –200ml 2 frascos/mês;	02
Equipo Multivias	15
Equipo Macrogotas	15
Equipo microgotas	15
Scalp	10
Esparadrapo 10 x10 cm	01
Micropore hipoalergenico	01
Equipo para a dieta	30
Frasco para dieta	30

EQUIPAMENTOS

EQUIPAMENTO	QUANTITATIVO MENSAL
Cama hospitalar motorizada	Diária
Colchão hospitalar com densidade 30	Diária



Oxímetro Portátil	Diária
Kit curativo e procedimentos composto por: 1 Pinça Kelly Reto; 1 Pinça Anatômica; 1 Pinça Dente De Rato e 1 Tesoura	Diária
Rolo de posicionamento meia lua 60 x 20 x 10cm	Diária
Nebulizador	Diária
Aspirador de Secreções	Diária
Aparelho de HGT	Diária
Ventosas orofaciais pró-fono	Diária
Ressuscitador pulmonar ambu	Diária
OTOSCOPUI Led omni 3000 preto com estojo macio md	Diária
Monitor multiparametro vita 600 básico	Diária
Cufometro insuflador	Diária
Bomba de infusão	Diária
Travesseiro cervical	Diária

3. ESPECIFICAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

A contratada deverá seguir o fluxo descrito abaixo:

3.1 Realizar os atendimentos contratados, conforme prescrição e decisão judicial nos termos acima definidos;

3.2 Preencher, os documentos dos anexos I-A e I-B, separadamente para cada um dos profissionais acima relacionados no Memorial Descritivo, ou, que sejam posteriormente incluídos no Contrato por determinação judicial;

3.3 Ficha de atendimento/frequência (anexo I-A);

3.3.1 A Ficha de atendimento deve ser assinada pelo paciente. No impedimento deste, deverá ser assinada pelo representante legal ou pelo acompanhante do paciente no atendimento;

3.3.1.1 Caso seja assinada pelo representante legal, a contratada deverá juntar a documentação que comprove tal condição jurídica. Quando se tratar de terceiro (acompanhante), a contratada deverá juntar cópia do RG/CPF daquele, com autorização assinada pelo representante legal;

3.4 Ficha de evolução diária dos atendimentos (anexo I-B);

3.5 Os documentos citados acima devem ser devidamente preenchidos (caso manuscrito, com letra legível, sem rasuras), assinados e carimbados pelo(s) profissional(is) responsável(is);

3.6 Entregar a Nota fiscal (NF) para pagamento, nos termos descritos no contrato, referente aos atendimentos realizados, acompanhada dos documentos descritos nos itens 3.2 a 3.5.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **M.M.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750.





23200001373178

Nome do documento: Termo de referencia MM out 2024.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

18/10/2024 12:32:39

