



### TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar para paciente residente no município de Araricá/RS, 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/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento por técnico/auxiliar de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	3 sessões diárias
Psicólogo	Acompanhamento psicológico	1 visita semanal
Médico Pediátrico	Acompanhamento médico	1 atendimento mensal
Médico Psiquiátrico	Acompanhamento médico	1 atendimento mensal
Nutricionista	Acompanhamento com nutricionista	1 atendimento mensal

#### INSUMOS

MATERIAL	QUANTIDADE MENSAL
Sonda para aspiração traqueal nº 8	300
Água destilada para umidificador do aspirador 2L/dia	30 litros
Luva estéril de aspiração tamanho M	300
Fita cirúrgica com dorso microporoso de rayon, antialérgico, em rolo com mínimo 25 mm	5 metros de comprimento
Compressa de gaze 7,5x7,5, estéril, pacote com 10 unidades	30 pacotes
Cadarço para traqueostomia com no mínimo 10 metros	01
Extensor para aspiração	05
Extensor para oxigênio	02
Equipo de dieta	30
Seringa de 3 ml	30
Frasco de Dieta 300 ml	30
Pomada para assadura	03

#### EQUIPAMENTOS

TIPO	QUANTIDADE
------	------------





23200001038760



19200000650060

Cama hospitalar manual com grades laterais e possibilidade de elevação de decúbito	Diária
Ventilador mecânico, modelo STELLAR com bateria e acessórios	Diária
Válvula para aspiração adaptável ao cilindro de oxigênio	Diária
Aspirador a vácuo portátil	Diária
Poltrona de elevação diária	Diária
Kit ambu pediátrico completo	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;
- 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 M.C.P.S.  
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





Nome do documento: NOVO Termo de Referencia MCPS - 2.pdf

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Gabriela Cardoso	SES / DRE-NAJUR / 3540723	18/06/2024 09:30:48

