



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de ALVORADA/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                       |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Enfermeiro            | Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem. | 01 atendimento de 15/15 dias        |
| Técnico de enfermagem | Atendimento por técnico de enfermagem                                                    | 24 horas por dia, 7 dias por semana |
| Fisioterapia          | Sessões de fisioterapia motora                                                           | 03 atendimentos por semana          |
| Fisioterapia          | Sessões de fisioterapia respiratória                                                     | 01 atendimento ao dia               |
| Fonoaudióloga         | Atendimento com profissional de fonoaudiologia                                           | 03 atendimentos por semana          |
| Nutricionista         | Acompanhamento nutricional                                                               | 01 atendimento mensal               |
| Médico                | Atendimento médico especializado                                                         | 01 atendimento mensal               |

### INSUMOS

| Material                                                                   | Quantitativo Mensal          |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Cânula de traqueostomia metálica número 5                                  | 01 unidade quando necessário |
| Equipo para dieta                                                          | 30unidades                   |
| Frasco para dieta                                                          | 30 unidades                  |
| Extensor para aspiração Traqueal                                           | 30 unidades                  |
| Sonda de aspiração nº 08                                                   | 180 unidades                 |
| Seringa de 20ml                                                            | 15 unidades                  |
| Luva plástica, individual, estéril para aspiração, pacote com 100 unidades | 02 pacotes                   |
| Gazes 20x40mm pacote com 500 unidades                                      | 03 pacotes                   |
| Cordão largo para traqueostomia                                            | 01 rolo                      |
| Esparadrapo                                                                | 02 unidades                  |
| Fitas para HGT                                                             | 150 unidades                 |
| Lancetas                                                                   | 150 unidades                 |
| Micropore                                                                  | 02 unidades                  |
| Óleo Dersani                                                               | 01 unidade                   |
| Seringa (“azul”) para administração de medicamento em sonda nasointestinal | 02 unidades                  |



|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| Sonda nasointestinal número 12 | 01 unidade a cada 3 meses |
| Soro fisiológico 500 ml        | 02 frascos                |

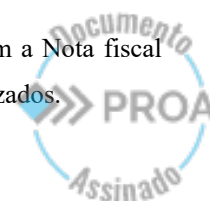
#### EQUIPAMENTOS

| Equipamento                                     | Quantidade |
|-------------------------------------------------|------------|
| Aspirador de secreções                          | Diária     |
| Cama hospitalar eletrônica                      | Diária     |
| Equipamento para mensuração de glicemia capilar | Diária     |
| Esfigmomanômetro                                | Diária     |
| Estetoscópio                                    | Diária     |
| Oxímetro                                        | Diária     |
| Guincho Eleve                                   | Diária     |
| Órteses para mãos e pés                         | 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.





24200001270218

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para Z.M.L municipio de  
ALVORADA/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001270218

**Nome do documento:** TR ZML.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

19/09/2024 12:28:41

