



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PORTÃO/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 de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	02 atendimentos mensais
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	01 atendimento, 7 dias na semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	5 atendimentos semanais
Médico Clínico Geral ou Intensivista	Atendimento do paciente por profissional médico	02 atendimentos mensais

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Creme Barreira	01 unidade
Cadarço para fixação de traqueostomia	10 metros
Extensor para gastrostomia	01 unidade
Extensor para aspiração transparente	02 unidades
Extensor silicone 07 metros	01 unidade
Cateter Mount	01 unidade
Filtro Bacteriológico Barreira	01 unidade
Filtro Umidificador com traquéia (>150 m)	04 unidades
Equipo de nutrição enteral com entrada de ar	30 unidades
Sonda aspiração traqueal n. 10	250 unidades
Seringa de 20 ml descartável , sem agulha	30 unidades
Gaze estéril 7,5 cm x 7,5 cm 13 fios , pacote com 500	04 pacotes
Dersani ou similar	01 unidade
Agulha descartável 40X12 mm	100 unidades
Soro fisiológico 0,9% ampola 10ml	30 flaconetes
Luva plástica estéril descartável	400 unidades



Frasco descartável para dieta enteral 300 ml	30 unidades
Poma para assadura bepantol	01 unidade

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama hospitalar	Diária
Colchão piramidal	Diária
Oxímetro de uso contínuo	Diária
Aspirador elétrico	Diária
Traqueostomia extra tamanho compatível c a idade	Diária

3 – ESPECIFICAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

A contratada deverá:

- 3.1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos;
- 3.2. Apresentar prontuário do paciente, em ordem cronológica, com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente referente ao mês do atendimento. A apresentação poderá ser em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, desde que constando todas as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. Todos os membros da equipe deverão evoluir em mesmo prontuário. O referido documento deve estar preenchido de acordo com as Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
- 3.3. Apresentar escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente mensalmente, devidamente assinada pelo responsável técnico;
- 3.4. Os documentos citados acima devem ser devidamente preenchidos (caso manuscrito, com letra legível, sem rasuras), assinados e carimbados pelo(s) profissional(is) responsável(is);
- 3.5. 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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **G.C.S.**, residente no município de PORTÃO/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001727323

Nome do documento: TR GCSDEZ 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

13/12/2024 16:47:09

