



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de **CANOAS/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 de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	2 sessões diárias, 7 dias por semana
Médico Pediatra	Acompanhamento Médico Pediatra	02 atendimentos mensais

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Extensão de aspiração	04
Equipo para dieta	35
Frasco de dieta enteral	30
Extensor de oxigênio 7m	04
Sonda enteral pediátrico	01
Cânula de traqueostomia com balonete tamanho 7mm (DI)	01 a cada dois meses
Fixador de cânula de traqueostomia	30

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Aspirador Venturi / Sistema de aspiração ligado ao cilindro de oxigênio	Diária
Berço hospitalar infantil com grades	Diária
Colchão para berço	Diária
Oxímetro de pulso, modelo Bancada Classe III Anvisa, acompanha um sensor reutilizável	Diária
Aspirador cirúrgico/bomba de aspiração	Diária
Reanimador pulmonar manual de silicone com reservatório	Diária
Bomba de infusão	Diária
Nebulizador/inalador	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: **M.F.K.R.**, residente no município de Canoa/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200000693735

Nome do documento: TR MFKR 2025.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

05/02/2025 16:10:59

