



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente JPB, residente no município de Taquara/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 de técnico de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	30 atendimentos ao mês
Fonoaudióloga	Atendimento Fonoaudióloga	15 atendimentos ao mês
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	2 atendimentos ao mês
Terapeuta Ocupacional	Atendimento com Terapeuta Ocupacional	12 atendimentos ao mês

INSUMOS DE ENFERMAGEM

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Extensor Para Aspiração	4 unidades
Traqueia Para Nebulizador	1 unidade
Cateter Nasal	1 unidade
Extensor Da Sonda Mic Key	1 unidade
Fita Cirúrgica, Com Dorso Microporoso De Rayon, Antialérgico, Em Rolo Com No Mínimo 25 Mm De Largura E 9 M De Largura	2 unidades
Sonda Aspiração Traqueal Número 8, Descartável, Estéril	300 unidades
Sonda De Gastrostomia 14 Fr 1.2	01 unidade a cada 6 meses
Luva Plástica, Individual, Estéril , pacote com 100	3 pacotes

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Berço hospitalar mecanico	Diária
Oxímetro De Bancada – Sensor 24 Horas	Diária
Sensor de oxímetro	Diária
Suporte Para Soro/dieta/medicação	Diária
Ressuscitador Manual - Ambú	Diária
Aspirador De Venturi	Diária
Aspirador De Secreção	Diária
Nebulizador Ultrassônico	Diária
Bomba De Infusão para dieta	Diária



Colchão piramidal	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 JPB município de Taquara/RS
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001415917

Nome do documento: TR JPB 2025.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

09/05/2025 11:21:41

