



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO IV - TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Contratação de Serviços de locação de equipamentos (Respiradores Artificiais e Aparelho para Apoio de Tosse Mecânica), para uso domiciliar para a para a Divisão de Unidades Próprias, Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, em atendimento das demandas judiciais.

2. JUSTIFICATIVA

Trata o presente pleito a finalidade de atendimento de Ações Judiciais, com necessidade de atendimento por tempo indeterminado, evitando-se sequestro de valores e tratar-se de equipamento de suporte à vida. Os contratos atuais (2021/021125 do expediente 19/2000-0120480-3 e 2023/021631 do expediente 23/2000-00323827) tem suas vigências até 26/08/2025 e 16/10/2025 respectivamente. Os pacientes atendidos nos Contratos atuais migrarão para o novo contrato a ser firmado e serão encerrados.

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas patologias respiratórias. Os pacientes que vivem com hipoxemia apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com significativa deterioração da qualidade de vida. Além disso, apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e consequente aumento do risco de infecções e aumento do custo econômico para o sistema de saúde. O uso de Respiradores Artificiais e Equipamento de Apoio para Tosse Mecânica domiciliares comprovadamente são responsáveis pela manutenção da vida e melhora a qualidade prolongando a expectativa de vida dos pacientes portadores de DPOC.

Pelo princípio da economicidade com a contratação destes quantitativos o valor dos serviços será reduzido, e evita-se o custo com abertura de pregões eletrônicos emergenciais e anuais para cada demanda, que também geram custos ao Estado.

A presente contratação tem por finalidade substituir os Contratos 2021/021125, não mais sendo possível a sua renovação por Termo Aditivo de Prazo e 2023/021631 sendo possível a prorrogação legal por mais 12 meses, ambos atualmente estão vigentes e terão seus encerramentos em 26/08/2025 e 16/10/2025 respectivamente,

Somente o custo para aquisição dos equipamentos sem as manutenções preventivas e corretivas, bem como sem logística de distribuição, recolhidas, armazenamento, higienização e assistência técnica, visitas aos pacientes trimestralmente para cada equipamento monta em média para Respiradores Artificiais R\$ 59.000,00, já a locação anual, com atendimento de todas as exigências elencadas, tem um custo anual em torno de R\$ 13.700,00. Em referência ao Equipamento de Apoio para Tosse Mecânica monta R\$ 40.398,00, já a locação anual, com atendimento de todas as exigências elencadas, tem um custo anual em torno de R\$ 12.700,00. A locação anual, com atendimento de todas as exigências elencadas, sendo a estimativa para o presente pleito pode ser um valor abaixo do atual, conforme ocorreu com os novos pregões para atendimento à Pacientes da Oxigenoterapia em tratamento com outros equipamentos.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

3. LOCAIS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Entrega, instalação, recolhimento dos equipamentos e visitas, bem como as prestações de serviços de manutenção corretiva e preventiva serão efetuadas nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul em que se encontrar o domicílio do paciente, conforme requisitado e definido pelo Programa de Oxigenoterapia

4. HORÁRIOS DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço prestado em dias corridos, 24 horas por dia na residência dos pacientes ou local em que o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar requerer.

5. QUANTITATIVOS EQUIPAMENTOS PREVISTOS

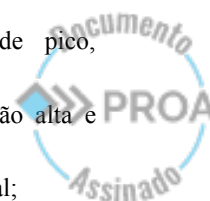
EQUIPAMENTO	QUANTITATIVO
Respiradores Artificiais	200 unidades
Equipamentos de Apoio para Tosse Mecânica	80 unidades

6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:

Locação de Respiradores Artificiais Domiciliares 200 (duzentas) unidades e locação de 80 (oitenta) unidades, Equipamentos de Apoio para Tosse Mecânica, incluindo em ambos manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de acordo com as recomendações dos fabricantes, com visitas trimestrais efetuadas por fisioterapeutas incluindo reposição de peças, acessórios e descartáveis, nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

6.1 - Respirador para uso domiciliar (indicado para pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva através de traqueostomia):

1. Aparelho portátil, indicado para ventilação em domicílio;
2. Suporte ventilatório com modos ventilatórios a volume e pressão;
3. Bateria interna com autonomia de no mínimo 1 hora;
4. Modos ventilatórios básicos VCV, PVC, SIMV e PSV;
5. Possibilidade de ventilação de pacientes adultos e pediátricos;
6. Monitoramento de volume corrente, frequência respiratória, pressão de pico, desconexão de circuito;
7. Alarme ajustável de desconexão, apneia, volume corrente baixo/alto, pressão alta e frequência respiratória alta/baixa;
8. Possibilidade de conexão de bateria externa (nobreak) e base aquecida universal;
9. Autonomia em caso de ausência de fonte de energia elétrica temporária (Podendo ser





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

somada a capacidade da bateria interna com Nobreak, caso necessário) com no mínimo 10 horas de duração;

10. Frequência respiratória 05-60 rpm;
11. Volume corrente 50-2000 ml;
12. Tempo inspiratório: 0,3 - 2,5 segundos;
13. Pressão: 4 – 50 cmH²O;
14. Sensibilidade ajustável a fluxo de pressão;
15. PEEP: 4 – 20 cmH²O;
16. Oxímetro de Pulso e/ou mesa (Conforme necessidade do Paciente, definida através de prescrição médica);
17. Ressuscitador manual, adulto/pediátrico;
18. Kit de circuitos de reserva;
19. Monitoramento à distância (opcional);
20. Máscaras conforme prescrição médica;
21. Leitura e fornecimento de relatórios de dados do equipamento.
22. A empresa terá prazo de até 60 (sessenta dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuada em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar- SES/RS

6.2 – APARELHO PARA APOIO DE TOSSE MECÂNICA ASSISTIDA

1. Pressão de inalação mínima ≤ 10 , máxima a 70 cmH₂O, em incrementos de 1 cmH₂O;
2. Valores de fluxo de inalação: Baixo/Médio/Alto
3. Tempo de inalação mínimo $\leq 0,5s$, máximo $\leq 10s$, em incrementos de 0,1s
4. Pressão de exalação ≤ 0 a -70 cmH₂O em incrementos de 1 cmH₂O
5. Tempo de exalação: $\leq 0,5s$, máximo $\leq 10s$, em incrementos de 0,1s, em incrementos de 0,1s
6. Tempo de pausa: $\leq 0,5s$ a $\leq 10s$, em incrementos de 0,1s
7. Circuito grande do paciente 1,8 m





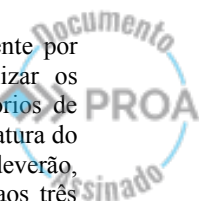
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

8. Bolsa para transporte
9. Cabo de alimentação
10. Filtro de Ar
11. Circuitos simples, máscara facial não ventilada (ou adaptador para pacientes traqueostomizados), filtro barreira e conector macho X macho;
12. Opcionais
 - 12.1 - Oscilação: Desligado/Inalar/Exalar/Ambos
 - 12.2 - Frequência: 1 a 20Hz, em incrementos de 1Hz (Somente se oscilação estiver ativada)
 - 12.3 - Amplitude: 1 a 10 cmH20, em incrementos de 1 cmH20 (Somente se oscilação estiver ativada)
 - 12.4 - Cartão SD
13.

A empresa terá prazo de até 60 (sessenta dias) dias, a contar do início da vigência do contrato, para instalação de todos os equipamentos aos pacientes já cadastrados e em atendimento pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS, mediante cronograma a ser estabelecido em conjunto com a coordenação do mesmo. A instalação de equipamentos para pacientes novos incluídos no Programa, após o início da vigência do contrato, deverá ser efetuada em até 05 (cinco) dias a contar da autorização de instalação individual, a ser encaminhada pela equipe do Programa de Oxigenoterapia

7. DA MANUTENÇÃO

- a - A empresa ficará responsável pela manutenção preventiva dos equipamentos locados, de acordo com as recomendações de seus fabricantes, sendo que a manutenção corretiva dar-se-á sempre que necessária, incluindo peças e mão de obra, e em tempo hábil, de forma a não trazer nenhum prejuízo à saúde do paciente, no prazo máximo de 24 horas.
- b - Os equipamentos que apresentarem defeito ou se mostrarem em estado irregular de conservação deverão ser substituídos imediatamente pela contratada, a seu exclusivo encargo, sob pena de multa contratual e sem ônus para o Estado;
- c - A visita periódica para manutenção preventiva deverá ser realizada trimestralmente por profissionais capacitados, com a finalidade de verificar os equipamentos e realizar os consertos possíveis e substituições necessárias. Os dados serão anotados em Relatórios de Visita (Anexo C ou similar), que devem conter a data de cada visita, bem como a assinatura do paciente / responsável legal e do técnico da empresa. Estes relatórios deverão, obrigatoriamente, acompanhar a solicitação de pagamento no terceiro mês relativo aos três meses correspondentes ao trimestre;





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

d - A empresa ficará encarregada da substituição dos materiais descartáveis: extensor, pelo menos a cada semestre ou a qualquer tempo se solicitado pelo paciente em caso de necessidade para o bom funcionamento do aparelho.

e - Atender em, no máximo, 24h (vinte e quatro) os chamados técnicos efetuados pela contratante e/ou familiares dos pacientes, sem limitar número de visitas por mês em qualquer município do Estado;

f - A empresa deverá manter plantão 24 horas/dia, sete dias por semana, através de um telefone 0800, para atendimento das dúvidas ou necessidades dos pacientes em uso de seus equipamentos

6 - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

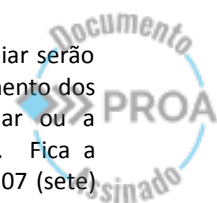
8.1 - A contratada ficará responsável pela avaliação das condições técnicas para a instalação dos equipamentos Respiradores Artificiais e Aparelho Para Apoio de Tosse Mecânica Assistida na residência do paciente, no momento da solicitação;

8.2 - A instalação do equipamento deve, obrigatoriamente, ser realizada por profissional fisioterapeuta devidamente registrado no respectivo Conselho de Classe (CREFITO), habilitado a fazer uma avaliação clínica sumária, além de avaliar as condições de adaptação e o correto funcionamento do equipamento.

8.3 - A contratada deverá, no momento da instalação, instruir o paciente e/ou responsável para utilização adequada dos equipamentos e seus acessórios, fornecer material instrucional impresso, bem como coletar a assinatura do paciente / responsável no termo de compromisso / cessão do equipamento (Anexo A). Após concretizada a instalação do equipamento, a empresa fica responsável pelo envio da primeira via do Relatório de Instalação (Anexo B) para a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar juntamente com o faturamento do mês subsequente ao da instalação;

8.4 - A Empresa deverá efetuar, no decorrer do primeiro mês de instalação do equipamento, no mínimo mais uma visita domiciliar a fim de sanar possíveis dúvidas do paciente/responsável quanto à utilização do equipamento e seus acessórios, juntamente com o faturamento do mês subsequente ao da visita posterior a instalação;

8.5 - Os contatos entre a empresa contratada e a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar serão realizados por e-mail, ficando registradas todas as transações referentes ao fornecimento dos equipamentos. Casos eventuais, em que a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar ou a contratada fiquem sem contato por e-mail, poderão ser resolvidos via telefone. Fica a empresa contratada responsável por manter e-mail e telefone disponíveis 24h/dia, 07 (sete) dias por semana;





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

8.6 - Dar ciência à Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar ou a quem a Secretaria Estadual de Saúde designar, imediatamente e por escrito, qualquer anormalidade que se verificar na execução dos serviços, bem como mudança de endereço/telefone do paciente e óbitos verificados;

8.7 - Submeter-se à fiscalização da Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria Estadual de Saúde ou a quem esta determinar. A Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar ou da Coordenadoria de Saúde realizará visitas periódicas aos pacientes, sem prévio aviso, no intuito de verificar a correta e efetiva utilização dos aparelhos por parte dos pacientes;

8.8 - Os equipamentos locados deverão ser retirados no domicílio dos pacientes ou em local determinado pela Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

8.9 - A leitura de dados do Respirador Artificial deverá ser efetuada no mínimo a cada três meses ou quando solicitada pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e deve ser encaminhada por e-mail ou compartilhada por via de pastas específicas junto ao Programa.

9. PRAZO DE LOCAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

O período de locação do equipamento por paciente fica compreendido entre o dia da instalação e o dia do recolhimento do equipamento;





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
 Divisão de Unidades Próprias
 Programa Oxigenoterapia Domiciliar

10. NÚMERO DE PACIENTES COM EQUIPAMENTOS EM USO ATUALMENTE INSTALADOS

ASSIST TOSSE POR MUNICÍPIO		VENTILADOR MECÂNICO POR MUNICÍPIO	
ALVORADA	2	ALVORADA	4
BAGÉ	1	ARROIO DOS RATOS	1
CACHOEIRINHA	3	ARROIO GRANDE	1
CAXIAS DO SUL	1	BAGÉ	2
ESTEIO	2	BENTO GONÇALVES	2
GRAVATAI	4	BRAGA	1
IBARAMA	1	BROCHIER	1
IBIRUBÁ	1	CACHOEIRINHA	7
LAGOA VERMELHA	1	CAMPO BOM	1
LINDOLFO COLOR	1	CANDELÁRIA	1
PASSO FUNDO	1	CANGUÇU	1
PORTO ALEGRE	3	CANOAS	3
TAPEJARA1	1	CAPÃO DA CANOA	2
VIAMÃO	1	CARAZINHO	1
JAGUARÃO	1	ELDORADO DO SUL	1
PELOTAS	1	ENTRE IJUIS	1
SÃO LEOPOLDO	1	ERECHIM	1
ERECHIM	2	ESPERANÇA DO SUL	2
IBIAÇÁ	1	ESPUMOSO	1
CANOAS	2	ESTÂNCIA VELHA	2
SÃO JOSÉ DO OURO	1	ESTEIO	3
SOLEDADE	1	FAGUNDES VARELA	1
SARANDI	1	GARIBALDI	1
ITAQUI	1	GRAVATAI	7
		GUAIBA	2
		IBARAMA	1
		IBIAÇÁ	1
		IBIRUBÁ	1
		IJUI	2
		ITAQUI	1
		JAGUARÃO	1
		LAGOA VERMELHA	1
		LAJEADO	1
		LINDOLFO COLOR	1
		MORRO REUTER	1
		NONOAI	1
		NOVA HARTZ	1
		NOVO HAMBURGO	2
		NOVO TIRADENTES	1
		PAROBÉ	1
		PASSO FUNDO	4
		PELOTAS	2
		PLANALTO	1
		PORTÃO	1
		PORTO ALEGRE	2
		RIO GRANDE	1
		RIO PARDO	1
		ROLANTE	1
		SALTO DO JACUI	1
		SANTA CLARA DO SUL	1
		SANTA MARIA	1
		SANTA ROSA	1
		SANTIAGO	1
		SANTO ÂNGELO	1
		SANTO ANTONIO DA PATRULHA	1
		SÃO GABRIEL	1
		SÃO JOSÉ DO OURO	1
		SÃO LEOPOLDO	2
		SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	1
		SAPUCAIA	1
		SENTINELA DO SUL	1
		SOLEDADE	2
		TAPEJARA	2
		TAQUARA	2
		TEUTONIA	1
		TORRES	1
		TRÊS DE MAIO	1
		TRÊS PALMEIRAS	1
		TRIUNFO	1
		VIAMÃO	2
		XANGRILÁ	1

11. CENTRO DE CUSTO: 90644 – Oxigenoterapia

Porto Alegre, 16 de julho de 2025





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO A

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO DE EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR OU SUPORTE VENTILATÓRIO / ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

1. Eu, _____, nacionalidade, _____, CPF _____, (estado civil) _____, residente e domiciliado na _____, complemento _____, cidade de _____, Estado _____, FONE _____, DECLARO, neste ato, que recebi o equipamento _____, para uso pessoal intransferível e prolongado de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

1.1- DECLARO, estar ciente de que para receber e permanecer com o equipamento não poderei fazer uso de CIGARROS OU ASSEMBLHADOS.

1.2 - DECLARO, ainda, estar ciente de que a cedência dos (s) equipamento (s) perdurará (ão) enquanto durar (em) as condições da doença, sendo que, havendo melhora clínica, mediante avaliação técnica da equipe de oxigenoterapia da SES/RS ou óbito do paciente, o aparelho deverá ser devolvido.

1.3- No caso de óbito, o familiar ficará responsável por comunicar à Secretaria Municipal de Saúde/ SMS e a empresa contratada. Estas comunicarão a Equipe do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS. A empresa terá o prazo máximo de 72h (setenta e duas) para o recolhimento dos equipamentos.

1.4 Qualquer alteração de endereço, deverá ser informado à SMS e à empresa. No caso de mudança de domicílio para fora do Estado do RS, o equipamento deverá ser devolvido à empresa contratada e comunicado a Equipe de Oxigenoterapia Domiciliar SES/RS.

1.5 - Durante o uso do equipamento, o usuário/responsável, deve se responsabilizar por manter o equipamento devidamente higienizado e conservado.

1.6. O paciente / responsável, poderá responder civilmente por danos e/ou prejuízos (furto, desaparecimento ou destruição) causados ao equipamento sob sua responsabilidade;

2 - Durante o uso do equipamento acima descrito, receberei em minha residência uma vez a cada 90 (noventa) dias, a visita de um representante da empresa, devidamente identificado, ou de um dos servidores da CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) local, para fins de verificação acerca do uso efetivo do aparelho, bem como também das condições em que se encontra.

No caso de cancelamento da visita pelo paciente, sem justificativa formal, ou mesmo na negativa de receber os profissionais da empresa, o aparelho poderá ser recolhido pela Secretaria de Estado da Saúde/SES.

3. DECLARO estar ciente que familiares não podem fumar ou acender fogo dentro de casa. A única exceção possível é o cozimento dos alimentos em lugar adequado (fogão). Com qualquer tipo de aparelho fornecedor de oxigênio, tanto concentrador quanto Cilindro de Oxigênio, existe risco de incêndio e explosão.

4. DECLARO estar ciente que, em hipótese alguma, a equipe de Oxigenoterapia Domiciliar enviará médicos à casa do paciente para avaliação ou atendimento.

5. DECLARO, por fim, que as informações por mim prestadas através do presente TERMO DE RESPONSABILIDADE são verdadeiras e que me responsabilizo por todas aquelas aqui afirmadas.

_____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Responsável Técnico da Empresa

Nome: _____

CPF _____

Assinatura do Usuário ou seu Representante Legal

Nome: _____

CPF _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO B

**RELATÓRIO DE ENTREGA E RECIBO DE INSTALAÇÃO DOS
EQUIPAMENTOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO DOMICILIAR/**

Declaro que os equipamentos foram regularmente entregues na Rua _____, N.º _____, Compl. _____, na cidade de _____ CEP _____, e instalados em conformidade com a orientação constante na Autorização de Instalação emitida pela SES destinada ao(a) Sr(a) _____

É necessário:

- Entregar o material instrucional ao paciente (ou responsável);
- Especificar as condições de rede elétrica da residência de forma a garantir a qualidade do serviço prestado:

() adequada () inadequada () não se aplica

- Especificar os equipamentos e quantidades entregues ao paciente:

- Informar ao paciente número de telefone para contato com a empresa, visando esclarecer dúvidas.

De acordo:

Assinatura do paciente / responsável

Nome: _____

C.P.F.: _____

Assinatura e carimbo do técnico da empresa

Data: ____/____/____





25200000235139



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO C
(Modelo I)

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR TRIMESTRAL PARA MANUTENÇÃO PREVENTIVA /CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

DATA DA VISITA: ____/____/____ FONE _ () _____

1. DADOS DO USUÁRIO:

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

2. CONDIÇÕES DE REDE ELÉTRICA DA RESIDÊNCIA

() adequada () inadequada () não se aplica

3. CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO (cuidados de uso):

() bom () ruim () não se aplica

4. FUNCIONAMENTO DOS ALARMES:

() sim () não () não se aplica

5. RELACIONAR MATERIAIS SUBSTITUÍDOS: (acessórios e descartáveis, tais como filtros internos e externos, cateteres nasais, óculos nasais e/ou cateter transtraqueal, mangueiras, umidificador, máscara, cabos, etc.)

6. Parâmetros: IPAP _____ EPAP _____ FR _____

MODO _____ () Não se aplica

PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura e carimbo do técnico da empresa: _____ Data ____/____/____





25200000235139



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
Divisão de Unidades Próprias
Programa Oxigenoterapia Domiciliar

ANEXO C
(Modelo II)

Relatório de Atendimento Técnico Domiciliar

Dados Paciente

Paciente: _____ Telefone Contato: _____
Email: _____
Contratante: _____
Endereço: _____

Dados da Visita

Visita: _____

Formulário da Visita

Equipamento:	Horímetro:
Diagnóstico:	Fluxo O2:
Modo Ventilatório:	Pressão Ajustada:
Frequência Respiratória:	Pressão Expiratória:
Tempo Inspiratório:	Data da próxima Revisão:
Volume Ajustado:	Frequência de Uso:
Certificado de Calibração:	Frequência Cardíaca:
Saturação O2 sem uso de O2(%):	Saturação O2 com uso de O2(%):
Internação nos últimos 3 meses:	Motivo Internação:
Fumante ou Ex-fumante: false	Quantidade de Cigarros por dia:
Quantidade de Cigarros por dia :	Anos de Tabagismo:
Aspecto Geral do Equipamento:	Aspecto Geral do filtro do Equipamento:
Paciente Traqueostomizado:	Adesão ao programa:
Código de barras(SN):	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Observação:

Assinatura do Responsável:

Documento: _____





25200000235139

Nome do documento: 2 - TERMO DE REFERENCIA Respiradores Assistente tosse anexo IV 3.odt

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Adalberto Antônio Pernambuco Nogueira Jr

SES / DUP-OXI / 14284782

16/07/2025 11:15:07

