



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Cachoeira do Sul, 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	Administração de NPT (instalação e desinstalação), avaliação e procedimentos de enfermagem.	5 vezes por semana (Instalação e Desinstalação)
Médico gastroenterologista	Atendimento com profissional especializado	1 atendimento mensal
Médico nutrólogo	Atendimento com profissional especializado	1 atendimento mensal

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Extensor de equipo 120 cm	23
Conector Prot. Luer Lock	23
Tampa Luer Cap BD	23
Agulha estéril 40 x 12	92
Equipo para infusão para NPT	23
Caixa para coleta de perfurocortante de 3 litros	1
Fitas para HGT	60
Lancetas para HGT	60
Compressa de gaze 10 x 10, 13 fios, estéril, pacote com 10 unidades	66
Seringa estéril descartável de 10 ml	92
Seringa estéril descartável de 3 ml	23
Seringa estéril descartável de 1 ml	23
Soro fisiológico estéril 0,9% flaconetes de 10 ml	92
Clorexidina 0,5% frasco de 1 litro	1
Curativo Tegaderm CHG 3M	



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 M.F.B, município de CACHOEIRA DO SUL/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001624761

Nome do documento: TR MFB 2025.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

31/03/2025 15:32:06

