

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de Pelotas/RS, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

2. MEMORIAL DESCRITIVO:

2.1. ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR:

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Técnico de enfermagem	Atendimento com profissional técnico de enfermagem	12 horas por dia, todos os dias

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- **Os equipamentos** oxímetro de pulso, estetoscópio, termômetro e esfigmomanômetro, por se tratarem de itens de uso comum e indispensáveis à prestação dos serviços, são de responsabilidade da contratada, cabendo a esta o seu fornecimento e disponibilização.
- **EPIs:** O fornecimento de todos os Equipamentos de Proteção Individual devem ser fornecidos pela contratada diretamente aos seus colaboradores.

4. CONTRATAÇÕES CORRELATAS (ITENS EXCLUÍDOS DESTE TR):

Os itens abaixo restam excluídos deste Termo de Referência pelos seguintes motivos:

- **Fornecimento de materiais e insumos ficarão a cargo da SMS:**

O Município informou que se responsabilizará pelo fornecimento dos insumos necessários à assistência, consistentes em: 31 frascos de 500 mL para dieta enteral; 31 equipos para dieta enteral; 31 seringas de 20 mL; 3 rolos de fita adesiva hipoalergênica 25 x 10; 31 pacotes de gaze estéril; 4 frascos de soro fisiológico 0,9% de 100 mL; 150 sondas de aspiração nº 8; 4 conectores plásticos para aspiração de secreções; 30 seringas descartáveis de 1 mL ou 3 mL; 1 rolo de cadarço sarjado; 40 pacotes de gaze; 2 caixas de cotonetes e 2 rolos de fita micropore hipoalergênica.

5. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos.
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.
 - a. 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.
 - b. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
 - c. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
 - d. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s)

profissional (is) responsável(is);

3. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;
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.
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.

6. FISCALIZAÇÃO:

A fiscalização técnica e administrativa será realizada pelos servidores designados pela SES conforme a IN CAGE Nº 03/2023.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **N.S.B.**, município de **PELOTAS/RS**. Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.