



TERMO DE REFERÊNCIA

1 OBJETO

O objeto do presente termo consiste em dispensa de licitação para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de Home Care para atender a paciente A. M. M., de acordo com as especificações técnicas detalhadas a seguir:

1.1 Atendimento Médico Domiciliar

Prestação de serviços médicos domiciliares, incluindo consultas médicas regulares, avaliação e acompanhamento clínico de pacientes, prescrição de tratamentos e procedimentos médicos, quando necessário.

1.2 Atendimento de Enfermagem Domiciliar

Realização de cuidados de enfermagem, tais como administração de medicamentos, curativos, coleta de exames, monitoramento de sinais vitais e assistência em procedimentos médicos.

1.3 Fornecimento de Medicamentos, Insumos e Materiais

Disponibilização de medicamentos conforme prescrição médica, além do fornecimento de insumos e materiais necessários para o tratamento dos pacientes em domicílio.

1.4 Acompanhamento Psicológico e/ou Terapêutico

Oferta de acompanhamento psicológico e/ou terapêutico quando recomendado pelos profissionais de saúde, visando o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes.

1.5 Serviços de Assistência Social

Prestação de serviços de assistência social para auxiliar os pacientes e suas famílias em questões sociais, encaminhamentos, orientações e suporte emocional.



1.6 Equipamentos e Acessórios

Fornecimento, manutenção e suporte técnico de equipamentos e acessórios necessários para a assistência em domicílio, como aparelhos de monitoramento, cadeiras de rodas, entre outros.

1.7 Coordenação e Planejamento de Cuidados

Coordenação eficaz dos cuidados domiciliares, incluindo o planejamento de visitas, escalas de profissionais, gestão de atendimentos de emergência e comunicação regular com a equipe de saúde.

1.8 Relatórios e Registros

Manutenção de registros detalhados de cada atendimento, incluindo evolução clínica, prescrições, procedimentos realizados, relatórios de enfermagem, e compartilhamento de informações com os profissionais de saúde.

1.9 Disponibilidade 12 horas conforme mandado judicial

Garantia de atendimento 12 horas por dia, conforme mandado judicial nº 1004440-09.2022.8.26.0048, do profissional de enfermagem 7 dias por semana, com profissionais de saúde devidamente capacitados.

1.10 Outros Serviços Correlatos

Fornecimento de outros serviços correlatos ao cuidado em domicílio que se façam necessários para o bem-estar e recuperação da paciente, conforme orientação da equipe médica.



1.11 Tabela da relação do serviço:

Item	Descrição	Unidade de medida	Quantidade
1	Internação Domiciliar(Home Care) mensalidade	Mês	06*

*Até conclusão da licitação e novo contrato.

2 DAS CONDIÇÕES GERAIS

- 2.1** Contratação de prestador de serviço especializado na modalidade Home Care, com fornecimento de Assistência de Enfermagem 12h, Equipamentos, Medicamentos e Materiais, oriundo do poder judiciário, do Estado de São Paulo, do Município de Atibaia, ao paciente A.M.M., em cumprimento ao Mandado Judicial nº 1004440-09.2022.8.26.0048 conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento, bem como parecer jurídico favorável ao fornecimento do profissional de enfermagem por 12 (doze) horas diárias.
- 2.2** O prazo de vigência do serviço é de 06 (seis) meses contados a partir de 29/03/2024 e término em 28/09/2024, podendo ser prorrogado nos termos do Capítulo V da Lei 14.133 de 1º de abril de 2021.
- 2.3** A empresa deverá apresentar preço individualizado para cada tipo de serviço descrito a seguir, demonstrando assim, a composição de seu preço global para a prestação dos serviços ora requeridos.
- 2.4** O valor estimado do serviço consta em Estudo Técnico Preliminar anexo.

3 FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

Trata-se de contratação de prestador de serviço especializado em atendimento domiciliar (*home care*) para atendimento da paciente A. M. M., por 06 (seis) meses, com início em 29/03/2024 e término em 28/09/2024.



Com o objetivo de dar cumprimento ao mandado judicial nº 1004440-09.2022.8.26.0048, que determina que o município deve fornecer serviço de atendimento domiciliar à paciente, que possui sequela de AVC devido ao COVID-19 e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, necessitando de cuidados 12 horas/dia, recursos de saúde e acompanhamento técnico contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção e que façam uso de equipamentos médicos específicos.

Após ampla discussão, a equipe do Departamento de Atenção Básica concluiu que para atender à necessidade exposta em tempo hábil, a melhor solução para atender à demanda é a contratação de empresa especializada em prestação de serviço de atendimento domiciliar (*home care*). A conclusão considerou as seguintes circunstâncias:

- a) a SMS do Município de Atibaia não dispõe de serviço especializado em atendimento domiciliar do profissional de enfermagem diariamente (12 horas/dia);
- b) não há profissionais disponíveis na quantidade necessária para atender às necessidades expostas;
- c) o prazo de vigência encerra-se dia 28/03/2024;

Ante o exposto, considerou-se como melhor solução para atender às necessidades mostradas, a contratação de empresa especializada em prestação de serviço de atendimento domiciliar (*home care*), pelo período de 06 (seis) meses.

4 FUNDAMENTAÇÃO E ENQUADRAMENTO

Contratação com base no artigo 75 inciso VIII da Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021.



5 DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

5.1 Especificação do serviço

Contratação de empresa especializada em prestação de serviço de Atendimento Domiciliar (*Home Care*) que atenda às seguintes especificações para que produza resultados pretendidos pela SMS.

O serviço de Home Care compreenderá a utilização de serviços da Equipe de Enfermagem (Enfermeiro e Técnicos de enfermagem e/ou Auxiliares de Enfermagem). Além disso, fará uso de insumos/equipamentos permanentes e insumos/medicamentos com quantidades variáveis, conforme discriminado abaixo:

5.2 Equipe de enfermagem

A equipe de enfermagem composta por enfermeiro, Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem deve seguir um plano terapêutico e trabalhar de acordo com a proposta de trabalho e de atuação em conjunto com a equipe de profissionais da Equipe de Saúde da Família do território. As ações do grupo devem ser preparadas, e executadas de forma organizada e integrada, baseadas na ética comum a todos, em benefício do paciente.

5.2.1 A periodicidade da visita domiciliar dependerá do nível de complexidade de cada paciente, bem como do seu estado clínico, que será determinado pela equipe multiprofissional em saúde definida pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.2.2 A tabela a seguir especifica os profissionais necessários para o atendimento assistencial a ser disponibilizada pelo selecionado da contratação de serviços:



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

Item	Profissional	CBO	Quantidade / Mês	Frequência
1	Auxiliar de enfermagem com registro em órgão de Classe Coren/SP ativo	322230	30/31	Plantão de 12h/dia (um profissional por plantão - plantões poderão ser 12 horas e ou de 6 horas)

5.3 Insumos/equipamentos fixos

5.3.1 Considerando a necessidade diferenciada de cada indivíduo, que será determinada de acordo com a patologia de base, bem como por suas condições clínicas, o material fixo deverá ser determinado pelo médico assistente, que poderá incluir: um ou mais itens abaixo especificados ou qualquer outro equipamento necessário para o pleno atendimento do paciente.

5.3.2 A tabela abaixo especifica os itens e quantidades necessárias de Insumos/equipamentos fixo para o serviço de Home Care a ser disponibilizada pelo selecionado da contratação de serviços :

Item	Especificação	Quantidade (06 meses)	Frequência
01	Cama Hospitalar Manual com Grade	01	Anual
02	Colchão Pneumático	01	Anual
03	Oxímetro de dedo portátil.	01	Anual
04	Ressuscitador Manual (Bolsa, Válvula, Máscara, Reservatório e Extensão)	01	Anual
05	Aspirador de Secreções Portátil (5L)	01	Anual
06	Nebulizador Portátil	01	Anual
07	Cadeira de Banho	01	Anual
08	Cadeira de Rodas	01	Se Necessário
09	Aparelho para aferição de Pressão Arterial	01	Anual



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

Item	Especificação	Quantidade (06 meses)	Frequência
10	Estetoscópio	01	Anual
11	Termômetro	01	Anual

Considerando a necessidade diferenciada de cada indivíduo, que será determinada de acordo com a patologia de base, bem como por suas condições clínicas, o material fixo deverá ser determinado pelo médico assistente, que poderá incluir: um ou mais itens acima especificados ou qualquer outro equipamento necessário para o pleno atendimento do paciente. Podendo ser substituídos sempre que necessário por avarias ou tempo de uso.

A empresa deverá apresentar preço individualizado para todos os itens descritos na tabela acima, demonstrando assim, a composição de seu preço global para a prestação dos serviços ora requeridos.

A SELECIONADA deverá fornecer equipamentos de proteção individual e materiais de consumo como: óculos de proteção, máscaras descartáveis, luvas de procedimentos gerais e luvas de procedimentos estéreis em quantitativo suficiente para atender as necessidades diárias do paciente.

5.4 Insumos/medicamentos com quantidades variáveis/mensais

5.4.1 Fica a critério da necessidade individual, definida pelo médico assistente quando da solicitação ao serviço de Home Care, tais como: gases, luvas, seringas, agulhas, sondas, fraldas descartáveis, esparadrapo, entre outros. A quantidade será solicitada mensalmente à selecionada, levando em consideração a quantidade utilizada no mês anterior e a prescrição médica.

5.4.2 A tabela abaixo especifica os itens necessários de insumos e medicamentos para fornecimento pela selecionada, ficando a cargo do médico a definição dos itens que serão utilizados e da quantidade necessária a paciente:



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

Item	Especificação	Quantidade (Mês)	Unidade de medida
01	Fita Adesiva Cirúrgica Microporosa 50mm x 9m	02	unidade
02	Seringa de 20ml Descartável e Estéril – Bico Luer SLIP	30	unidade
03	Metoclopramida (gotas)	80 / dia	gotas
04	Baclofeno (comprimido)	03 / dia	comprimido
05	Ambroxol 15 mg/5 ml	30 / dia	mililitro
06	Loratadina 10 mg	10 / dia	mililitro
07	AGE	02	frasco
08	Compressa de gaze não estéril	500	unidade
09	Fita para glicosímetro	30	unidade
10	Glicosímetro para aferição de glicemia de ponta de dedo	01	unidade
11	Codeína 30 mg	30	comprimido
12	Simeticona	80 / dia	gotas
13	Ipratrópio 20 gotas nas inalações + 5mls SF0,9%	01	frasco
14	Valproato de sódio 250 mg	03 / dia	mililitro

Os medicamentos e materiais listados na tabela acima, ou os que vierem a ser prescritos e que não forem padronizados nessa SMS, deverão ser fornecidos pela SELECIONADA.

Os medicamentos e materiais padronizados serão fornecidos pela SMS conforme a lista atualizada de padronização, considerando-se a melhor evidência científica e protocolos clínicos desta instituição.

Os medicamentos e materiais padronizados prescritos e indisponíveis na SMS, serão pagos mediante a solicitação prévia do gestor definido neste termo com a justificativa compatível;

O custo dos medicamentos e materiais prescritos não fornecidos pela SMS e os não padronizados, deverá constar separadamente na planilha de composição de custos apresentada pela selecionada por ocasião da apresentação da Nota Fiscal.



A definição dos itens que serão utilizados e a quantidade necessária para o paciente ficará a cargo da equipe da Equipe de Saúde da Família do território. Essa solicitação será mensal, através de e-mail encaminhado pela Prefeitura à selecionada.

5.5 Responsabilidade familiar

- 5.5.1** É de responsabilidade da família e/ou representante legal do paciente, designar um “cuidador”, se possível do núcleo familiar, que será responsável pelo paciente. O cuidador deverá encontrar-se absolutamente capacitado e psicossocialmente habilitado, para acompanhar a evolução da condição do paciente, transmitindo todas as informações à equipe multiprofissional, durante períodos de internação hospitalar e ou realização de consultas/exames fora do domicílio.
- 5.5.2** É de responsabilidade da família e/ou representante legal do paciente, manter um “cuidador” e ou qualquer outra pessoa absolutamente capacitada, para acompanhar o paciente por 12 horas / dia, mantendo-se presente junto ao paciente e o profissional que o acompanha.
- 5.5.3** É de responsabilidade da família e/ou representante legal do paciente, o fornecimento correto das informações, referentes às condições físicas da residência, bem como, aquelas relacionadas à limpeza e manutenção do ambiente; segurança; instalações hidráulicas/elétricas e o fornecimento de materiais de uso pessoal, para o cuidado do paciente.
- 5.5.4** O paciente será assistido por equipe de enfermagem e assistencial disponibilizado pela Prefeitura. E atendimento especializado em saúde pela Equipe de Saúde da Família do território conforme segue abaixo:

Item	Profissional	Frequência
1	Médico	Mensal
2	Assistente Social	Mensal



3	Nutricionista	Mensal
4	Psicólogo	se necessário e à critério profissional
5	Fonoaudiólogo	se necessário e à critério profissional
6	Terapeuta Ocupacional	se necessário e à critério profissional
7	Fisioterapeuta Respiratório/Motor	à critério profissional

Uma equipe multiprofissional é composta de acordo com as necessidades específicas de cada paciente.

A equipe multiprofissional visa propiciar que vários profissionais, com suas respectivas áreas de conhecimento e diferentes propostas de trabalho e de atuação, possam agir em conjunto. As ações do grupo devem ser preparadas, e executadas de forma organizada e integrada, baseadas na ética comum a todos, em benefício do paciente.

A periodicidade da visita domiciliar dependerá do nível de complexidade do paciente, bem como do seu estado clínico, que será determinado pela equipe multiprofissional em saúde definida pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme consta na tabela acima, com registro da assistência prestada e evolução clínica no PEC da SMS de Atibaia.

6 REQUISITOS

- 6.1** Não será admitida a terceirização do objeto pela selecionada.
- 6.2** A selecionada deverá disponibilizar de Auxiliar de Enfermagem (CBO 322230) por 30/31 dias no mês, pelo período de 12 horas por dia, sob responsabilidade técnica de um enfermeiro. Os demais profissionais serão disponibilizados pelo Prefeitura.

Item	Profissional	CBO	Quantidade de Visitas/Mês	Frequência
1	Auxiliar de enfermagem	322230	30/31	12 horas/dia



6.2.1 A selecionada deverá realizar, previamente, visita técnica junto à equipe da Equipe de Saúde da Família do território para avaliar as condições clínicas do paciente e visita em seu domicílio para saber se existem condições de instalação do Serviço de Internação Domiciliar e encaminhar, junto à proposta, a declaração aceitando as condições do local.

6.3 Obrigações da selecionada:

6.3.1 A selecionada deverá informar previamente ao usuário ou responsável, que será a prestadora do serviço de internação domiciliar, selecionada pela SMS, o período da prestação do serviço e o nome dos profissionais responsáveis pelo atendimento;

6.3.2 No momento do início da prestação do serviço, a selecionada deverá apresentar Comprovante de Início do Serviço de Internação Domiciliar (ANEXO I), assinado pela selecionada e pelo paciente ou seu responsável;

6.3.3 A Central de Atendimento da selecionada deverá fornecer ao paciente e/ou responsável um número de telefone para quaisquer dúvidas que surjam, em relação aos serviços prestados. Bem como indicação de um preposto;

6.3.4 Os funcionários da selecionada deverão se apresentar na residência do paciente devidamente uniformizados (roupa e calçados adequados) e identificados por meio de crachá;

6.3.5 A selecionada responderá por todos os ônus decorrentes da execução dos serviços, como salários, encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, além das taxas, impostos e seguros.

6.3.6 A selecionada será inteiramente responsável pela integridade física dos seus empregados, obrigando-se a reparar ou recolocar, às suas custas, os danos ou prejuízos em decorrência de imperícia técnica, imprudência ou negligência.

6.3.7 A selecionada é responsável pelos danos causados diretamente à Administração Pública, ou aos pacientes ou aos seus familiares, decorrentes de sua culpa, ou dolo na execução dos serviços, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, à fiscalização ou o acompanhamento pela SMS.



- 6.3.8** A selecionada zelar pela conservação, segurança e qualidade dos serviços prestados.
- 6.3.9** Cabe à selecionada comunicar imediatamente à SMS, caso ocorra durante a execução do serviço, a mudança de endereço do paciente;
- 6.3.10** Cabe à selecionada comunicar imediatamente à SMS, em caso de interrupção parcial ou definitiva dos serviços, inclusive nos casos de ausência do paciente do seu domicílio, suspensão do tratamento pelo médico responsável, ou em caso de falecimento do paciente;
- 6.3.11** Cabe à selecionada comunicar imediatamente a SMS, em caso de qualquer dificuldade, na execução das atividades, por quaisquer motivos alheios à sua vontade, os quais impeçam a execução dos serviços no prazo estipulado, deste projeto e no decorrer da prestação de serviço;
- 6.3.12** É vedada a cobrança, de qualquer valor em dinheiro, gorjetas, taxas etc., por parte dos funcionários da selecionada;
- 6.3.13** A selecionada deverá fornecer cópia de plano terapêutico singular e prescrições de enfermagem sempre que houver alterações de condutas via impressos, assim como cópia via e-mail pré-determinado pela SMS.
- 6.3.14** Caso seja solicitado pela Prefeitura, a selecionada deverá fornecer relatório em qualquer data oportuna;
- 6.3.15** A selecionada deverá enviar juntamente à Nota Fiscal o faturamento mensal com descrição, quantidade e valor unitário de todos os insumos, materiais e equipamentos utilizados, lista de profissionais que prestaram serviço, bem como o comprovante de pagamento dos vencimentos e tributos.

6.4 Obrigações do paciente e/ou seu responsável

- 6.4.1** Comunicar imediatamente a SMS em caso de mudança de endereço do paciente;
- 6.4.2** Comunicar imediatamente a SMS em caso de interrupção parcial ou definitiva dos serviços, inclusiva nos casos de ausência do paciente do seu domicílio, suspensão do tratamento pelo médico responsável, ou em caso de falecimento do paciente;



- 6.4.3** Preencher devidamente, e com letra legível, os campos determinados nos documentos deste instrumento, assinado devidamente nos locais indicados;
- 6.4.4** Comunicar imediatamente a SMS, caso seja observada qualquer atitude estranha, ou em caso de cobrança indevida, por parte da selecionada, seja de valor em dinheiro, taxas, etc.
- 6.4.5** Zelar pelo fiel cumprimento dos itens deste instrumento;
- 6.4.6** Zelar pela integridade dos equipamentos alocados em sua residência.

7 MODELO DE EXECUÇÃO

- 7.1** A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará à selecionada, por meio de transmissão, via email, a ordem de serviços para o início da execução e documento contendo a qualificação do paciente, com o nome completo, o número da inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF, o número da identidade, o endereço de residência e domicílio, o telefone para contato, o número do processo e a especificação do serviço a ser selecionado.
- 7.2** A selecionada deverá estabelecer junto à SMS e ao paciente domiciliar uma rotina de horário de atendimento dos profissionais, acordada e referendada entre ambos, de acordo com as necessidades do paciente;
- 7.3** O serviço de Home Care, para o paciente autor de mandado judicial, não poderá sofrer interrupção e deverá ser iniciado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias após o recebimento da AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO pela selecionada;
- 7.4** A empresa selecionada deverá instalar todos os equipamentos, e testá-los; adaptar o paciente ao ventilador mecânico no hospital OU NO DOMICÍLIO, se necessário por no mínimo 48h.
- 7.5** Entregar todos os materiais descartáveis e permanentes, materiais de consumo, medicamentos e insumos, no prazo de 48 horas, antes da alta hospitalar (quando for o caso);
- 7.6** A transição deverá ocorrer, de forma que não comprometa a segurança do paciente e a continuidade da assistência. A equipe assistencial multiprofissional da SMS deverá estar presente na residência do paciente, no momento de admissão do mesmo;



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

- 7.7** No momento do início da prestação do serviço, o documento constante do ANEXO I (Comprovante de Início do Serviço de Internação Domiciliar), deverá ser devidamente preenchido e assinado pela selecionada, e pelo paciente ou seu responsável;
- 7.8** O paciente ou responsável assinará, no mesmo dia do comparecimento do profissional, a folha de frequência, ANEXO II, cujo objetivo é a comprovação do comparecimento deste;
- 7.8.1** A folha deverá ser sequencial e numerada. Devendo constar também, a data, o horário, a assinatura e o carimbo do profissional responsável pelo atendimento.
- 7.9** Os atendimentos dos profissionais deverão ser registrados no prontuário, em folhas de evolução sequenciais numeradas, devendo constar, também, a data, o horário, a assinatura e o carimbo do profissional.
- 7.9.1** As folhas de evolução, a folha de frequência e o comprovante, deverão ser emitidos em 02 (duas) vias, ficando uma delas, com o paciente ou seu responsável.
- 7.10** A equipe multiprofissional da SMS, nos seus respectivos dias de trabalho, deverá registrar minuciosamente no prontuário eletrônico (PEC) a evolução diária do paciente, inclusive intercorrências e resultados de exames;
- 7.11** A selecionada, a fim de possibilitar o faturamento devido dos serviços, deverá anexar à nota fiscal, que será atestada pela SMS:
- A primeira via, das folhas de evolução, do período referente à nota fiscal;
 - As folhas de frequência preenchidas, assinadas e carimbadas;
 - O comprovante;
 - Todas as solicitações originais de aditivos, datados, carimbados e assinados, com suas respectivas autorizações, pela área técnica;
 - O Comprovante de encerramento, do serviço de internação domiciliar, quando for o caso.
- 7.12** As folhas de evolução, as folhas de frequência e os comprovantes serão fornecidos pela selecionada, a qual deverá arcar, com todos os custos gráficos incidentes;
- 7.13** As folhas de evolução, as folhas de frequência e os comprovantes deverão ter numeração sequencial e crescente.



- 7.14** Os serviços aqui especificados, somente poderão ser suspensos temporariamente, por determinação expressa da SMS, quando a esta restar comprovada, uma das seguintes hipóteses:
- a) Ausência do paciente do seu domicílio;
 - b) Determinação judicial;
 - c) Suspensão do tratamento pelo médico responsável pelo paciente;
 - d) Falecimento do Paciente.
- 7.14.1** Em caso de descumprimento deste instrumento a selecionada estará sujeita às penalidades cabíveis previstas na licitação.
- 7.15** A selecionada deverá, no ato da entrega (em endereço a ser indicado pela SMS) de medicamentos, insumos e materiais, conferi-los, na presença de um integrante da equipe multidisciplinar da SMS, que deverá assinar e datar o recebimento dos mesmos. Em caso de falta de algum dos medicamentos, materiais ou insumos, deverão ser anotados, na própria lista, e providenciados imediatamente;
- 7.16** A empresa selecionada deverá instalar todos os equipamentos, e testá-los, entregar todos os materiais descartáveis e permanentes, materiais de consumo, medicamentos e insumos, no prazo de 48 horas, antes do início do serviço. Nos meses subsequentes, os materiais descartáveis e permanentes, materiais de consumo e medicamentos deverão ser entregues, até o quinto dia útil de cada mês (em endereço a ser indicado pela SMS). O quantitativo será indicado até o dia 25 do mês anterior, por e-mail, levando em consideração a quantidade utilizada e a situação de saúde atual do paciente;
- 7.17** As alterações decorrentes de acréscimos no quantitativo de medicações, insumos, materiais permanentes, descartáveis e serviços, já contemplados no termo de referência, devem manter o valor apresentado na proposta;
- 7.18** Em casos de emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU deverá ser solicitado, através do telefone 192;
- 7.19** Em caso de internação hospitalar, ou outro motivo de ausência do domicílio, a assistência, medicamentos, insumos, materiais e equipamentos necessários ao tratamento licitado ao paciente será de responsabilidade da unidade hospitalar, correspondente ou do familiar. Cabe à empresa selecionada, a prestação do serviço



no âmbito domiciliar. É de responsabilidade do familiar/paciente a devolução dos medicamentos, insumos, materiais e equipamentos à empresa, correspondentes ao período da ausência do usuário do seu domicílio.

7.20 Este instrumento prevê prestação de serviço de saúde exclusivo ao usuário autor do mandado judicial.

8 MODELO DE GESTÃO

8.1 Rotinas de fiscalização

- 8.1.1** Os termos deste documento deverão ser executados fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133 de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial;
- 8.1.2** Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do serviço, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila;
- 8.1.3** A execução deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) determinados, ou pelos respectivos substitutos;
- 8.1.3.1** O fiscal anotar em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do serviço, determinando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados;
- 8.1.3.2** O fiscal informará a seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência;
- 8.1.4** O selecionado deverá manter preposto aceito pela Administração no local da obra ou do serviço para representá-lo na execução;
- 8.1.4.1** A indicação ou a manutenção do preposto da empresa poderá ser recusada pelo órgão ou entidade, desde que devidamente justificada, devendo a empresa designar outro para o exercício da atividade;
- 8.1.5** O selecionado será obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, a suas expensas, no total ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de sua execução ou de materiais nela empregados;



- 8.1.6** O selecionado será responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros em razão da execução, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo Prefeitura;
- 8.1.7** Somente o selecionado será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução;
- 8.1.7.1** A inadimplência do selecionado em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto;
- 8.1.8** As comunicações entre o órgão ou entidade e a selecionada devem ser realizadas por meio da Plataforma Eletrônica 1Doc ou por e-mail sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se, excepcionalmente, o uso de mensagem eletrônica (Whatsapp e outras redes sociais similares) para esse fim;
- 8.1.9** O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato;
- 8.1.10** Antes do pagamento da nota fiscal ou da fatura, deverá ser consultada a situação da empresa junto ao SICAF.
- 8.1.11** Serão exigidos a Certidão Negativa de Débito (CND) relativa a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, o Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), caso esses documentos não estejam regularizados no SICAF.

9 CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

- 9.1** A avaliação da execução do serviço para fins de pagamento utilizará o Instrumento de Ateste, ANEXO III, devendo haver o redimensionamento no pagamento com base nos indicadores estabelecidos, sempre que a selecionada:
- a) não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades selecionadas;
 - b) deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.



10 DO PAGAMENTO

- 10.1** O pagamento será efetuado mensalmente após a prestação do serviço;
- 10.2** A Nota Fiscal deverá ser protocolada por meio da Plataforma Eletrônica 1Doc e encaminhada sempre no mesmo Ofício no qual a empresa receberá a Autorização de Fornecimento.
- 10.3** Juntamente com a Nota Fiscal, a selecionada deverá anexar:
- Lista de presença dos profissionais que executaram o serviço (Anexo II);
 - Comprovante de pagamento dos vencimentos, tributos e encargos sociais referentes aos profissionais que prestaram atendimento ao paciente;
 - Faturamento detalhado (descrição, quantidade e valor unitário) de todos os insumos, materiais e equipamentos utilizados.
- 10.4** A Prefeitura Municipal efetuará o pagamento em até 20 (vinte) dias, contados da data de aceite da Nota Fiscal pelo fiscal e/ou gestor;
- 10.5** Na ocorrência de rejeição da(s) Nota(s) Fiscal(is), motivada por erro ou incorreções, o prazo para pagamento estipulado acima passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação, não respondendo o Prefeitura por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.

11 FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

- 11.1** Os critérios de habilitação técnica a serem atendidos pelo fornecedor serão:
- Resolução RDC/ Anvisa nº11 de 26/01/2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;
 - Resolução CFM nº 1668 de 07/05/2003, que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar.
- 11.2** A selecionada deverá fornecer à Secretaria Municipal da Saúde o comprovante de registro profissional junto ao Conselho Fiscalizador de cada categoria profissional, presente neste instrumento:
- Conselho Regional de Enfermagem — COREN



- 11.3** A selecionada, deverá dispor de um médico que será o Responsável Técnico da empresa e deverá apresentar o comprovante de regularidade atualizado deste, perante o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- 11.4** A selecionada, deverá dispor de um enfermeiro que será o Responsável Técnico da empresa e deverá apresentar o comprovante de regularidade atualizado deste, perante o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.
- 11.5** A selecionada deverá apresentar ficha atualizada, no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde — CNES junto ao Ministério da Saúde.
- 11.6** Cabe à selecionada, a responsabilidade de assegurar que os profissionais destinados ao atendimento, estejam qualificados e em pleno exercício legal da profissão.
- 11.7** A selecionada deverá apresentar os documentos, relativos às conformidades legais exigidas pela Secretaria Municipal da Saúde.
- 11.8** A selecionada deverá apresentar o Alvará Sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária local.
- 11.9** A selecionada deverá estar com seu Regimento Interno Médico Domiciliar registrado junto ao CREMESP.
- 11.10** A selecionada será responsável pelo treinamento dos profissionais selecionados no âmbito do atendimento domiciliar, devendo os profissionais estarem aptos a atender, tanto às necessidades do usuário quanto possíveis intercorrências, no que tange à sua área técnica de atuação.

12 ESTIMATIVAS DO VALOR

Os valores de referência constam em anexo.

13 ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas desta aquisição correrão à conta da Ficha - Dotação Orçamentária: 621 SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS.



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

14 FISCAL RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DO

OBJETO Nome: Aline dos Santos Barreto

Cargo: Técnica em Serviços de Saúde

15 GESTOR RESPONSÁVEL PELA

DEMANDA Nome: Janaina Carolino Rosa

Cargo: Enfermeira

Atibaia, Março de 2024

Renato Gomes dos Santos Filho

Agente em Serviços de Gestão

Rafael Antonio Ferreira

Diretor da Atenção Primária

Grazielle Cristina dos Santos Bertolini

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO I
COMPROVANTE DE INÍCIO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
Nome:	
Endereço:	
Bairro:	
Telefone:	
Familiar responsável:	
Telefone do familiar responsável:	
Data do Início do Serviço:	
Observações:	

Atibaia, _____ de _____ de _____.

Paciente / Familiar Responsável

Nome:

CPF:

Preposto da selecionada

Nome:

CPF:



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

DATA	HORA DE CHEGADA	HORA DE SAÍDA	NOME DO PROFISSIONAL	ASSINATURA DO PACIENTE OU FAMILIAR

Atibaia, _____ de _____ de _____.

Enfermeiro Responsável Técnico
(selecionada)

Nome:

CPF:

Fiscal/Gestor (Prefeitura)

Nome:

CPF:



ANEXO III
INSTRUMENTO DE
ATESTÉ

ITEM	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO EFETIVAMENTE PRESTADO PELA selecionada E RECEBIDO PELO PACIENTE	UNID.	QTD/ MÊS	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
Profissionais					
01	Auxiliar de enfermagem				
Insumos/equipamentos fixos					
01	Aspirador de secreções				
02	Inalador elétrico				
03	Kit nebulização				
04	Suporte para soro				
05	Cama hospitalar manual completa (com grade, colchão pneumático anti escaras e travesseiro (envoltos em material de fácil limpeza)				
06	Cadeira de banho				
07	Cadeira de rodas				
08	Oxímetro de dedo portátil				
09	Esfigmomanômetro				
10	Estetoscópio				
11	EPI necessário para equipe de profissionais disponibilizados pela selecionada (ex. Luvas, aventais descartáveis, álcool gel, óculos e máscaras)				
Insumos/medicamentos					
01	Fita Adesiva Cirúrgica Microporosa 50mm x 9m				
02	Seringa de 20ml Descartável e Estéril – Bico SLIP				



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da
Saúde

ITEM	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO EFETIVAMENTE PRESTADO PELA selecionada E RECEBIDO PELO PACIENTE	UNID.	QTD/ MÊS	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
03	Metoclopramida (gotas)				
04	Baclofeno (comprimido)				
05	Ambroxol 15 mg/5 ml				
06	Loratadina 10 mg				
07	AGE				
08	Compressa de gaze não estéril				
09	Fita para glicosímetro				
10	Glicosímetro para aferição de glicemia de ponta de dedo				
11	Codeína 30 mg				
12	Simeticona				
13	Ipratrópio 20 gotas nas inalações + 5mls SF0,9%				
14	Valproato de sódio 250 mg				
VALOR TOTAL		R\$			

Atibaia, _____ de _____ de _____.

Prestamos os serviços acima:

Recebi os serviços acima:

Enfermeiro Responsável Técnico
(selecionada)

Fiscal/Gestor (Prefeitura)

Nome:

Nome:

CPF:

CPF