



**TERMO DE REFERÊNCIA**

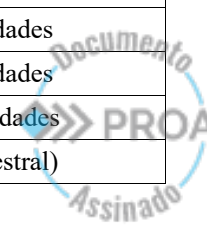
- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Capão de Canoa, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.
- MEMORIAL DESCRITIVO**

**ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR**

<b>Tipo</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Periodicidade</b>
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	12 horas diurnos/7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	2 sessões diárias/7 dias por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	5 atendimentos semanais
Médico Pediatra	Atendimento médico especializado	2 atendimentos mensais
Terapeuta Ocupacional	Atendimento para Terapia Ocupacional	3 atendimentos semanais

**INSUMOS**

<b>Material</b>	<b>Quantitativo Mensal</b>
Cloreto de sódio 0,9% - flaconete 10ml	120 unidades
Compressa de gaze estéril 7,5x7,5cm - 10 unidades	30 pacotes
Compressa de gaze não estéril 7,5x7,5cm - 500 unidades	1 pacote
Equipo para nutrição enteral para bomba de infusão	30 unidades
Frasco de alimentação enteral 300 ml	30 unidades
Extensão Aspiração 3mts	4 unidades
Filtro para aspirador de secreções	4 unidades
Fita micropore hipoalergênica branca 3m (12mmx10m)	3 unidades
Máscara oronasal com borda inflável para uso em assistente de tosse	1 semestral
Sensor oxímetro nellcor covidien	2 unidades
Seringa 5ml bico slip	30 unidades
Seringa 20ml bico slip	30 unidades
Seringa 1ml bico slip:	60 unidades
Sonda de aspiração sem válvula nº 8	120 unidades
Sonda Gastrostomia	1 (semestral)





EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Reanimador Pulmonar Manual de Silicone com reservatório – tamanho Infantil	30 dias
Aspirador de secreções elétrico	30 dias
Suporte de soro com regulagem de altura e rodízio	30 dias
Bomba de Infusão para dieta	30 dias
Máscara dreamwisp pediátrica (semestral)	30 dias
Berço/Cama Hospitalar – 5 movimentos	30 dias

\*\*\*Equipamentos de Oxigenoterapia sugere-se abertura de expediente próprio no DUP OXI

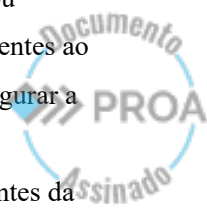
1. Filtro bac/umidificador cateter mount – 4 unidades
2. Filtro Bact/Viral Eletrostático pra ventilador- 4 unidades
3. Adaptador reto para conexão de traqueias 22 para Cough Assist
4. Filtro para Assistente de Tosse- 4 unidades
5. Traqueia corrugada em PVC simples
6. Traqueia corrugada em PVC simples para Cough Assist:
7. Ventilador Mecânico Pulmonar Philips Trilogy ou similar
8. No Break NHS - com 03 baterias internas
9. Módulo de Expansão de Bateria NHS - 4 baterias seladas de 17 Ah
10. Cought Assist (máquina de tosse)
11. Cilindro para oxigênio medicinal - Kit com 2 cilindros

\*\*\*Oxímetro de pulso: uso comum , deve ser fornecido pela contratada.

### 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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **KMR.**, residente no município de Capão da Canoa/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200001505849

**Nome do documento:** TR K M R abril 2026.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

22/04/2026 12:36:32

