



TERMO DE REFERÊNCIA

I. DO OBJETO

Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para a paciente residente no município de Três Passos/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem	24 horas diárias, 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.	1 sessão ao dia / 05 dias na semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	4 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal

INSUMOS

TIPO	QUANTIDADE MENSAL
Frasco para dieta	30 unidades
Equipo para dieta	30 unidades
Sonda de aspiração nº 8	300 unidades
Sonda de gastrostomia nº 14	0,17 (1 a cada 6 meses)
Válvula Fonatória passy Musi Roxa	0,125 (1 a cada 8 meses)
Sondas Uretrais nº 08	400 unidades
Pomada Nistatina + óxido de Zinco	02 unidades
Lenço Umedecido	400 unidades
Soro Fisiológico 0,9%	01 litro
Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	10 pacotes
Rolos de Fita Micropore cor branca	03 unidades
Compressas esterilizadas de dimensões de 15,0cm	40 unidades
Lenço multiuso com 100 unidades	08 pacotes



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 ao atendimento domiciliar: V.R.V.B., residente no município de Três Passos/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





23200001099343

Nome do documento: Termo de Referencia V R V B versao final janeiro de 2024.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Ana Carolina Kraemer

SES / DRE-NAJUR / 3529762

29/01/2024 15:04:43

