



## TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Sarandi/RS, 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
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Médico	Atendimento Médico	1 atendimento mensal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	5 atendimentos semanais
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	3 atendimentos semanais
Nutricionista	Atendimento nutricional	1 atendimento mensal

### INSUMOS

Equipamento	Quantitativo Mensal
Bandagem bege 5m corporal adesivo elástica therapy	1
Abaixadores de língua de madeira	100
Bandagem funcional Tmax	4

### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
4 Coxins de posicionamento	Diária
Placa de resistência labial tamanho G	Diária
Haltere lingual	Diária
Haltere labial	Diária
Exercitador labial pró-fono	Diária
Estojo de garrafas de suporte	Diária
Estimulador térmico	Diária
Auxiliar de afilamento lingual	Diária
Cama hospitalar automatizada	Diária
Colchão Pneumático	Diária
Termômetro Digital	Diária



Oxímetro de Pulso	Diária
Esfigmomanômetro	Diária
Aspirador de secreção portátil	Diária
Poltrona reclinável com rodízio	Diária
Guincho elevador mecânico	Diária
Vibrador massageador pró-fono	Diária
Ambu ressuscitador manual	Diária
Cough Assist	Diária
Glicosímetro	Diária
Estetoscópio	Diária
Coletor de urina (comadre)	Diária
Kit Nebulizador	Diária

### 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 **N.M.R.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750