



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Alegrete, 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.	16 plantões por mês de 12 horas
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	04 atendimentos mensais
Enfermeira	Administração de NPT (instalação e desinstalação), avaliação e procedimentos de enfermagem.	62 atendimentos/mês
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	22 atendimentos/mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Equipos Fotosensível	30 unidades
Perfusor Fotosensível	30 unidades
Clorexidine Alcóolica (100 ml)	03 frascos
Conector Microclave NPP	30 unidades
Dânula Luer Lock	30 unidades
Seringa de 10ml dosadora enteral sem rosca LS	30 unidades
Seringa Solução salina 5 ml	150 unidades
Sonda nasoenteral nº 10	01 unidade
Swab Álcool 70%	120 unidades
Tegaderm CHG 8X8,5cm	06 unidades
Lenço Cavilon	05 unidades
Lenço removedor BRAVA	10 unidades



EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Bomba de perfusão volumétrica	Diária
Suporte para bomba de perfusão volumétrica	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 **A.P.S.**

Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750