



## TERMO DE REFERÊNCIA

- 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.
- MEMORIAL DESCRITIVO**

### ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

| TIPO                  | PROCEDIMENTO                                                | PERIODICIDADE                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Fonoaudióloga         | Atendimento fonoaudiológico especialista em disfagia        | 2 atendimentos por semana             |
| Fisioterapeuta        | Sessões de fisioterapia motora e respiratória               | 2 vezes na semana                     |
| Técnica de Enfermagem | Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem. | 24 horas por dia / 7 vezes por semana |

### INSUMOS

| MATERIAL                                    | QUANTITATIVO MENSAL |
|---------------------------------------------|---------------------|
| Frasco para nutrição enteral 300 ml         | 08 unidades         |
| Equipos para administração da dieta enteral | 08 unidades         |
| Seringa de 20ml                             | 08 unidades         |
| Óleo de girassol 100 ml                     | 02 unidades         |
| Clorexidina oral 0,12                       | 01 unidade          |
| Pomada para assadura                        | 04 unidades         |
| Compressa de gaze pacote com 500 gazes      | 01 pacote           |
| Álcool 70% de 500 ml                        | 04 frascos          |
| Algodão 95 g                                | 2 pacotes           |
| Loção hidratante corporal 10% uréia de 500g | 03 frascos          |

### LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

| TIPO                                 | PERIODICIDADE |
|--------------------------------------|---------------|
| Oxímetro de pulso                    | Diária        |
| Aparelho medidor de pressão arterial | Diária        |
| Colchão Piramidal                    | Diária        |
| Cama Hospitalar Motorizada           | 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 **O.S.M.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750