



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Porto Alegre, 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
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional	1 atendimento diário, 3 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	1 sessões diária, 6 dias por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	1 sessões diária, 5 dias por semana
Médico	Atendimento médico	1 atendimento quinzenal
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal
Médico Neurologista	Atendimento médico especializado	1 atendimento trimestral

INSUMOS

TIPO	QUANTIDADE MENSAL
Equipo para dieta	30 unidades
Frasco para dieta	30 unidades
Sondas para aspiração nº 10	100
Sondas para aspiração nº 12	100
Compressa de Gaze Estéril 13 fios 7,5 x 7,5 com 5 unidades	40 unidades
Fita microporosa hipoalergênica 10 cm X 10 m	5 unidades
Cadarço sarjado 10 mm /10 m para fixação de cânula traqueostomia	1unidade

LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

TIPO	PERIODICIDADE
Oxímetro de mesa com alarmes	Diária
2 Cilindro de O ² 6-7 m ₃	Diária



Ambu com máscara adulto	Diária
Aspirador de secreção elétrico	Diária
Esfigmomanômetro Adulto	Diária
Estetoscópio Adulto	Diária

GASES MEDICINAIS

Oxigênio medicinal	7 m ³ /mês
--------------------	-----------------------

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 L.S..

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750