



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Alvorada, 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 de Enfermagem	Atendimento de técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória.	1 x ao dia/ 7 x por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	3 atendimentos semanais
Terapeuta Ocupacional	Atendimento por Terapeuta Ocupacional	3 atendimentos semanais
Enfermeiro	Supervisão do Enfermeiro	1 atendimento semanal
Nutricionista	Atendimento por nutricionista	1 atendimento semanal
Médico	Acompanhamento Médico	1 atendimento semanal

EQUIPAMENTOS

TIPO	PERIODICIDADE
Aspirador Cirurgico	Diário
Aspirador de Venturi	Diário
Cama Hospitalar	Diário
Colchão Pneumático	Diário

INSUMOS

TIPO	QUANTIDADE
Sonda de Aspiração nº12	250 unidades
Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	150 pacotes
Seringa de 20 ml	20 unidades
Cadarço de Traqueostomia	4 unidades
Flaconetes de Soro Fisiologico 0,9 % 10 ml	300 unidades
Dersane	4 unidades

3. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

- 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 **W.C.S.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750