



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SÃO LEOPOLDO/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 de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	01 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	02 atendimentos ao dia (01 atendimento de fisioterapia motora e 01 atendimento se fisioterapia respiratória) todos os dias
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	03 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	02 atendimentos mensais
Médico	Atendimento por profissional médico	01 atendimento mensal

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Sonda de aspiração nº 06	300
Equipo para água	30
Frasco para dieta e água	60
Gaze 7,5x7,5 pacote com 10unidades	80 pacotes
Extensor de aspiração	04
Soro fisiológico 10ml	80
Luva estéril para aspiração pacote com 100 unidades	01 pacote
Seringa 10ml	30

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama hospitalar motorizada adulto	Diária
Oxímetro com sensor adulto	Diária



Aspirador de secreção portátil	Diária
Ambu ressuscitador manual adulto	Diária
Cadeira de Rodas	Diária
Cadeira de banho	Diária
Bomba de infusão para dieta	Diária
Suporte para bomba de infusão	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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **W.F.S.**, residente no município de SÃO LEOPOLDO/RS.
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750