



24200000735179

TERMO DE REFERÊNCIA

- 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 DESCRIPTIVO**ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR**

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	12 horas por dia, 7 dias por semana.
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	01 atendimento ao dia, 05 vezes na semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	03 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento semanal
Médico	Atendimento por profissional médico	01 atendimento mensal
Terapia Ocupacional	Atendimento com profissional de terapia ocupacional.	03 sessões por semana

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Equipo para água	30
Equipo para dieta	10
Frascos para dieta e água	60
Extensor de aspiração	04
Seringa 20ml	30
Sonda de aspiração nº 08 ou 10	100
Gaze 7,5x7,5 cm pacote com 10 unidades	30 pacotes
Sonda Mic Key 16FR 15cm	01 unidade
Extensor da sonda Mic Key 16 FR 15 cm	01 unidade

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Aspirador de secreção pediátrico	Diária
Bomba de infusão	Diária



24200000735179

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: **E.M.A.**, residente no município de SÃO LEOPOLDO/RS.
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750