



## 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.   | 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     |



### 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