



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente **M.A.C.M** residente no município de Viamão, 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.	24h por dia, 7 dias por semana.
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem.	02 vezes por mês
Fisioterapeuta	Atendimento com Fisioterapeuta	05 vezes por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	02 vezes por semana
Nutricionista	Atendimento com Nutricionista	01 vez por mês
Médico	Atendimento médico	01 vez por mês

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Sonda de aspiração nº 12	30 sondas no mês
Óleo de Girassol 200 ml	02 frascos no mês
Conector plástico para aspiração	04 unidades por mês
Nistatina com Óxido de Zinco 60 mg	04 tubos ao mês

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar Elétrica	Diária
Oxímetro de mesa	Diária
Ressuscitador manual adulto (Ambu)	Diária
Estetoscópio Adulto	Diária
Esfigmomanômetro Adulto	Diária
Termômetro	Diária
Cadeira de Rodas	Diária



Cadeira Higiênica	Diária
Cinto Pélvico	Diária
Sensor de Adulto de Oxímetro	Diária
Aspirador Elétrico de Secreção Traqueal	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

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **M.A.C.M.**
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750