



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de GRAVATAI, 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/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia/7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	4 atendimentos mensais
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	2 sessões diárias/60 sessões por mês
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	20 sessões/mês
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	2 atendimentos mensais
Médico Neurologista	Atendimento médico especializado	2 atendimentos mensais
Terapeuta Ocupacional	Atendimento para Terapia Ocupacional	12 sessões/mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Extensor de o ²	04 unidades
Circuito do respirador	01 unidade
Filtro hemf	05 unidades
Cateter de mount	05 unidades
Equipos especiais para bomba de infusão volumétrica	30 unidades
Frascos para bomba de infusão para dieta	30 unidades
Extensor para aspiração traqueal	4 unidades
Sonda de aspiração n° 8	500 unidades
Seringa de 05ml	30 unidades
Seringa de 10ml	30 unidades
Cadarço para traqueostomia	05 rolos
Fita cirúrgica, com dorso microporoso de rayon, antialérgico, em rolo com no mínimo 50 mm de largura e 9/10 m de largura	04 unidades



Gaze estéril 7,5 x 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	150 pacotes
---	-------------

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar	Diária
Colchão Pneumático	Diária
Aspirador de Venturi	Diária
Ventilador não invasiva - Bipap	Diária
No Break	Diária
Válvula Y	Diária
Nebulizador Ultrassônico	Diária
Base Aquecida	Diária
Bomba de infusão volumétrica	Diária
Guincho para mobilização	Diária
Parapodium	Diária
Jarra para base aquecida	Diária
Oxímetro de mesa	Diária
Suporte de Dieta/Soro/Medicação	Diária
Aspirador de Secreção	Diária
Ressuscitador manual pediátrico	Diária
Estetoscópio infantil	Diária
Esfigmomanômetro infantil	Diária
Termômetro	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.



23200000732239

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 **I.R.C.**

Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750