



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Sapucaia do Sul/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 de técnico	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação e prescrição de enfermagem	03 atendimentos por mês (a serem realizados nas semanas que a paciente não for atendida pela SMS)
Médico Pediatra	Acompanhamento por médico	01 atendimento mensal (a serem realizados nas semanas que a paciente não for atendida pela SMS)
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora	01 sessão diária/ 6 atendimentos semanais (a serem realizados nos dias que a paciente não for atendida pela SMS)
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia respiratória	01 sessão diária/ 7 atendimentos semanais
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoaudiologia	1 sessão diária/7 dias na semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal (a serem realizados nas semanas que a paciente não for atendida pela SMS)
Terapeuta Ocupacional	Acompanhamento com Terapeuta Ocupacional	1 sessão diária/7 dias na semana

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Seringa descartável 20 ml, sem agulha	30 unidades
Seringas descartáveis de 1ml	30 unidades
Frascos Soro Fisiológico 100ml	10 unidades
Compressa de gaze 13 fios, 10x10 cm	500 unidades
Micropore 2,5 x 5 cm antialérgico	1 unidade
Sonda de aspiração traqueal nº 06	100 unidades
Sonda nasoenterica Nº6 para alimentação	01 unidade



Equipo simples para dieta enteral	30 unidades
Frasco para dieta enteral 300 ml	30 unidades
Luvas estéril para aspiração	200 unidades

EQUIPAMENTOS LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO

Equipamento	Quantidade
Berço hospitalar	Diária
Colchão hospitalar	Diária
Colchão Piramidal	Diária
Estetoscópio pediátrico	Diária
Esfigmomanômetro braço pediátrico	Diária
Suporte de Soro, para a Dieta	Diária
Aspirador de Secreção Comum	Diária
Nebulizador	Diária
Oxímetro de Mesa	Diária
Bomba de Infusão	Diária
Suporte para Bomba de Infusão	Diária
Máscara facial apropriada a idade com modelo nasal e orofacial	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.



24200001166798

Beneficiário do atendimento domiciliar: **M.L.G..**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750