



TERMO DE REFERÊNCIA

I. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de TRAMANDAÍ/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico/Auxiliar de Enfermagem 24 horas	Atendimento por técnico/auxiliar de enfermagem – acompanhamento de técnicos de enfermagem durante as internações	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	5 sessões semanais
Nutricionista	Acompanhamento por nutricionista	01 atendimento trimestral

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Aquacel Ag 10x10 cm	10 unidades
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	7 frascos
Fita cirúrgica, com dorso microporoso de rayon, antialérgico, em rolo com no mínimo 50 mm de largura e 9/10 m de largura	06 unidades
Micropore 1,2 cm x 10 m	05 unidades
Gaze não estéril 13 fios, pacote com 500 unidades	02 pacotes

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar Manual com 3 estágios para obeso	Diária
Colchão Pneumático + Motor	Diária
Eleve Elétrico	Diária
Estetoscópio Adulto	Diária
Esfigmomanômetro Adulto	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.
 - 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: **R.C.M.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750