



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Capão de Canoa, 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.	12 horas diurnos/7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	2 sessões diárias/7 dias por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	5 atendimentos semanais
Médico Pediatra	Atendimento médico especializado	2 atendimentos mensais
Terapeuta Ocupacional	Atendimento para Terapia Ocupacional	3 atendimentos semanais

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Adaptador reto para conexão de traqueias 22 para Cough Assist	01 unidade
Cloreto de sódio 0,9% - flaconete 10ml	120 unidades
Compressa de gaze estéril 7,5x7,5cm - 10 unidades	30 pacotes
Compressa de gaze não estéril 7,5x7,5cm - 500 unidades	1 pacote
Equipo para nutrição enteral para bomba de infusão	30 unidades
Frasco de alimentação enteral 300 ml	30 unidades
Extensão Aspiração 3mts	4 unidades
Filtro bac/umidificador cateter mount	4 unidades
Filtro Bact/Viral Eletrostático pra ventilador	4 unidades
Filtro para aspirador de secreções	4 unidades
Filtro para Assistente de Tosse	4 unidades
Fita micropore hipoalergênica branca 3m (12mmx10m)	3 unidades
Máscara oronasal com borda inflável para uso em assistente de tosse	1 semestral
Sensor oxímetro nellcor covidien	2 unidades



Seringa 5ml bico slip	30 unidades
Seringa 20ml bico slip	30 unidades
Seringa 1ml bico slip:	60 unidades
Sonda de aspiração sem válvula nº 8	120 unidades
Traqueia corrugada em PVC simples	01 unidade
Traqueia corrugada em PVC simples para Cough Assist:	01 unidade
Sonda Gastrostomia	1 (semestral)

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Ventilador Mecânico Pulmonar Philips Trilogy ou similar	Diária
No Break NHS - com 03 baterias internas	Diária
Módulo de Expansão de Bateria NHS - 4 baterias seladas de 17 Ah	Diária
Reanimador Pulmonar Manual de Silicone com reservatório – tamanho Infantil	Diária
Cough Assist (máquina de tosse)	Diária
Oxímetro de Pulso	Diária
Cilindro para oxigênio medicinal - Kit com 2 cilindros	Diária
Aspirador de secreções elétrico	Diária
Suporte de soro com regulagem de altura e rodízio	Diária
Bomba de Infusão para dieta	Diária
Máscara dreamwisp pediátrica (semestral)	Diária
Berço/Cama Hospitalar – 5 movimentos	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 **K.M.R..**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750