



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Santo Angelo 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 de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	02 atendimentos mensais
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	02 atendimentos diários
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	03 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	02 atendimentos mensais
Médico Pediatra	Atendimento médico pediatra	02 atendimentos mensais
Médico Neuropediatra	Atendimento médico especializado com neuropediatra	01 atendimento trimestral
Médico Pneumopediatra	Atendimento médico especializado com pneumopediatra	01 atendimento trimestral

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Fita para fixação na pele leukoplast skin sensitiva 2,5cm×2,6cm	01 rolo
Soro fisiológico 0,9 % flaconete 10 ml	80
Cateter nasal de oxigênio 10 unidades mensais	10
Escova para higiene oral com clorexidine oral	15
Nistatina + oxido de zinco	02 tubos

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Respirador manual com balão e máscara (ambu)	Diária
Espaçador para aplicação de aerossol	Diária
Válvula para cilindro de 02.	Diária
Umidificador para cilindro de 02	Diária

03. 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 **C.M.G.C** município de SANTO ANGELO/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750