



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Passo Fundo, 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/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.	2 atendimentos mensais
Médico Pediatra	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Fisioterapia neurofuncional	Com conceito neuroevolutivo Bobath	07 (sete) sessões por semana
Fonoaudiologia com aprimoramento em disfagia	Assistência com fonoaudiólogo	06 (seis) vezes por semana
Terapia ocupacional	Assistência com Terapeuta Ocupacional	04 (quatro) vezes por semana
Psicopedagoga	Assistência com Psicopedagogo	04 (quatro) vezes ao mês
Estimulador visual	Sessão de Estimulação visual	02 (duas) vezes por semana

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Lenços umedecidos	10 pacotes ao mês
Esponja de higiene oral	90 unidades ao Mês
Spray ziclague	03 unidades
Bandagem muscular	04 unidades
Pomada óxido de zinco tubos de 200 mg/g	04 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Suporte externo de talas extensoras para manter extensão de joelhos e órteses tipo AFO fixas bilaterais em membros inferiores	Diária
Rolo espumado de densidade alta marca BECK Klein nas medidas: 100 x 40 cm	Diária



Caneta de estimulação oral marca z-vibe com ponteiras sensoriais	Diária
Bola de fisioterapia formato feijão	Diária
Carrinho postural RODEO TILT DA CONVAID	Diária
Válvula VUP – PEEP UNIDIRECIONAL	Diária
Estetoscópio infantil	Diária
Esfigmomanômetro infantil	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 **R.S.T.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750