



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de **SÃO LEOPOLDO/RS**, 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.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Atendimento por fisioterapeuta (fisioterapia motora e respiratória)	2 sessões diárias
Fonoaudiólogo	Atendimento fonoaudiológico.	3 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento semanal
Médico	Acompanhamento Médico	1 atendimento mensal

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Sonda de aspiração nº10 ou 12	100
Seringa 20 ml	30
Seringa 10 ml	30
Sonda gastrostomia Mic Key botton antirefluxo- pediatria	1 unidade a cada 6 meses
Soro fisiológico 0,9 % 10ml	50
Extensor de aspiração 2 metros	04
Equipo para bomba de infusão	10

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Aspirador de secreção portátil	Diária
Oxímetro pediátrico com sensor	Diária
Bomba de Infusão para dieta	Diária
Suporte para bomba de infusão	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: **I.I.F.S.**, residente no município de São Leopoldo/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750