



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SARANDI/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
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico especialista em disfagia	2 atendimentos por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	2 vezes na semana
Técnica de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia / 7 vezes por semana

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Frasco para nutrição enteral 300 ml	08 unidades
Equipos para administração da dieta enteral	08 unidades
Seringa de 20ml	08 unidades
Óleo de girassol 100 ml	02 unidades
Clorexidina oral 0,12	01 unidade
Pomada para assadura	04 unidades
Compressa de gaze pacote com 500 gases	01 pacote
Álcool 70% de 500 ml	04 frascos
Algodão 95 g	2 pacotes
Loção hidratante corporal 10% uréia de 500g	03 frascos

LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

TIPO	PERIODICIDADE
Oxímetro de pulso	Diária
Aparelho medidor de pressão arterial	Diária
Colchão Piramidal	Diária
Cama Hospitalar Motorizada	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 **O.S.M.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750