



TERMO DE REFERÊNCIA

I. 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.

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Acompanhamento/atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia respiratória	2 sessões por dia.
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora	2 sessões ao dia
Médico Pediátrico	Atendimento médico especializado	2 atendimentos mensais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	2 atendimentos mensais
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento semanal
Fonoaudióloga especializada em disfagia infantil	Atendimento fonoaudiológico.	5 atendimentos semanais

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Equipo para dieta (gastrostomia)	30 unidades
Frasco para Dieta Enteral 300ml	45 unidades
Sonda de Aspiração Traqueal estéril nº 08	900 unidades
Luva plástica estéril para aspiração	900 unidades
Extensor de aspiração	04 unidades
Compressa de gaze estéril com 10 unidades	60 pacotes
Seringa 3 ml	30 unidades
Seringa 10ml	30 unidades
Extensor de sonda Mic-key para alimentação gastrotomia	1 unidade
Extensor de oxigênio de 2mts	04 unidades
SF 0,9% 10 ml flaconete	60 unidades



Óculos nasal para oxigenioterapia	01 unidade
Sonda para Gastrostomia Mic-key	1 unidade a cada 6 meses

EQUIPAMENTO

EQUIPAMENTO	QUANTITATIVO MENSAL
Kit de aspiração a vácuo	DIÁRIA
Suporte para soro	DIÁRIA
Oxímetro de bancada infantil	DIÁRIA
Esfigmomanômetro pediátrico	DIÁRIA
Estetoscópio pediátrico	DIÁRIA
Inalador elétrico	DIÁRIA
Colchão Pneumático	DIÁRIA
Ressuscitador/Reanimador manual com reservatório Pediátrico	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;





22200001361549

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: **J.P. M.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





22200001361549

Nome do documento: TR JPM NOV 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

25/11/2024 13:40:58

