



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para o paciente residente no município de Guaíba/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

2. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Médico Pediatra	Atendimento Médico	1 atendimento mensal
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia/7 dias na semana
Nutricionista	Acompanhamento com Nutricionista	1 atendimento Mensal
Fisioterapeuta na especialidade Motora	Sessões de fisioterapia motora	30 mensais
Fisioterapeuta na especialidade Respiratória	Sessões de fisioterapia respiratória Método BOBATH	2 sessões diárias/60 sessões mensais
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	3 atendimentos semanais
Terapeuta Ocupacional	Acompanhamento com Terapeuta Ocupacional	3 atendimentos semanais
Enfermeiro	Atendimento com enfermeiro	01 atendimento semanal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Frasco para SNE 300 ML por Bomba de Infusão	31 unidades
Equipos para SNE por Bomba de Infusão	31 unidades
Extensor para oxigênio	04 unidades
Extensor para aspiração Traqueal	30 unidades
Sonda de aspiração nº 6	700 unidades
Flaconete de soro 0,9%	120 unidades
Seringa de 05 ml	50 unidades
Luvas para aspiração (estéreis) de vias aéreas	450 unidades
Nistatina com Óxido de zinco	01 unidade
Fixação para traqueostomia	01 unidade

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
-------------	------------





Oxímetro de mesa com sensor	Diária
Bomba de Infusão	Diária
Suporte para bomba de perfusão volumétrica	Diária
Aspirador portátil, com bateria	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 B.S.V..

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200000572539

Nome do documento: TERMO DE REFERENCIA BSV set 2024.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

25/09/2024 15:21:43

