



TERMO DE REFERÊNCIA

I. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, conforme Termo de Referência, para paciente **G.R.G.**, residente no município de Lagoa Vermelha/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	Acompanhamento/atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem	24 horas, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	2 sessões por semana
Médico Pediatra	Acompanhamento médico	1 atendimento por semana
Fonoaudióloga	Acompanhamento fonoaudiológico	2 atendimentos semanais

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Sonda para aspiração nº 8	500
Frasco para dieta 300-500ml	30
Equipo para dieta	30
Sonda gastrostomia Botton Mic Key 14 FR	1 unidade semestral

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Ventilador Stellar 150 da ResMed ou equivalente e acessórios	Diária
Válvula de exalação compatível com ventilador	Diária
Espaço Morto (Cateter Mount)	Diária
Aspirador elétrico	Diária
Ambu pediátrico	Diária
Cilindro de Oxigênio 6 a 10 m ³ (com regulador medicinal, fluxômetro, e umidificador)	Diária
Cilindro de Oxigênio 1 m ³ (com regulador medicinal, fluxômetro, e umidificador)	Diária
Gerador de energia	Diária



GASES MEDICINAIS

Oxigênio hospitalar	Até 10 m ³ /mês
---------------------	----------------------------

Beneficiário do atendimento domiciliar: **G.R.G.**, residente no município de Lagoa Vermelha/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750

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.