



## TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de TRÊS PASSOS/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. | 01 atendimento semanal                      |
| Fisioterapeuta        | Sessões de fisioterapia motora e respiratória                                            | 02 atendimentos diários (05 dias na semana) |
| Fonoaudióloga         | Atendimento fonoaudiológico.                                                             | 01 atendimento semanal                      |
| Nutricionista         | Acompanhamento nutricional                                                               | 02 atendimentos mensais                     |
| Médico                | Atendimento por profissional médico                                                      | 02 atendimentos mensais                     |

### INSUMOS

| MATERIAL                         | QUANTITATIVO MENSAL |
|----------------------------------|---------------------|
| Sonda de Aspiração               | 30                  |
| Extensor para aspiração          | 02                  |
| Seringa 20 ml                    | 03                  |
| Sonda Vesical de Demora nº16     | 01                  |
| Saco Coletor                     | 01                  |
| Sonda Nasoenterica nº12          | 01                  |
| Cateter Nasal                    | 02                  |
| Frasco para Dieta                | 15                  |
| Equipo para Dieta                | 15                  |
| Soro fisiológico de 1000 ml      | 03                  |
| Pacote de gases com 500 unidades | 02                  |
| Micropore                        | 01 rolo             |

### EQUIPAMENTOS

| Equipamento        | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Cama hospitalar    | Diária     |
| Colchão pneumático | Diária     |



|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Termômetro                | Diária |
| Oxímetro portátil         | Diária |
| Esfigmomanômetro          | Diária |
| Aspirador de secreção     | Diária |
| Estetoscópio              | Diária |
| Concentrador de oxigênio  | Diária |
| Aparelho para nebulização | 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: **K.C.S.**, residente no município de TRÊS PASSOS/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750