



TERMO DE REFERÊNCIA VITOR FERREIRA RODRIGUES

I. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de São Gabriel/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 de Enfermagem	Acompanhamento por técnico de enfermagem nos turnos manhã, tarde e noite, nas 24 horas do dia	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação e prescrição de enfermagem	1 visita semanal
Médico	Acompanhamento médico	1 visita semanal
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	2 sessão diária, 7 dias por semana
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoaudiologia	2 sessões semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 visita semanal
Terapeuta ocupacional	Terapia ocupacional	2 sessões semanais
Psicóloga	Acompanhamento psicológico	1 visita semanal

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Sonda de gastrostomia Kangaroo nº 14 com válvula Mic-Key Kimberly Clark	1 unidade semestral
Sonda para aspiração traqueal nº 12	250
Kit de cânula para traqueostomia nº 6,0 sem balão marca Shiley	1 unidade trimestral
Kit curativo composto por pinças e tesouras	01
Frasco para dieta enteral 300 ml	30
Equipo para dieta enteral 300 ml	30
Frasco para hidratação enteral 300 ml	30
Equipo para hidratação enteral 300 ml	30
Compressa de gaze 10x10, estéril, pacote com 10 unidades	50
Compressa de gaze 7,5x7,5, estéril, pacote com 10 unidades	100
Seringa descartável estéril de 20 ml	40
Seringa descartável estéril de 10 ml	40
Luva plástica estéril	300
Esparadrapo 10 cm X 10 m	1
Fita cirúrgica, com dorso microporoso de rayon, antialérgico, em rolo com no mínimo 25 mm de largura e 5 m de comprimento.	5
Creme Lanette 100 g	02



Água estéril injetável 10 ml	200
Solução de cloreto de sódio 0,9% 10 ml	250
Soro fisiológico 0,9% 500 ml	01
Cateter mount	02
Extensor para aspiração	8
Curativo de Espuma para Traqueostomia 8 cm x 9 cm	60
Fixador Infantil para traqueostomia	15

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Oxímetro portátil	Diária
Estetoscópio infantil	Diária
Nebulizador	Diária
Guincho	Diária
Suporte para soro	Diária
Aspirador a vácuo portátil	Diária
Monitor de sinais vitais	Diária
Colchão de pressão alternada	Diária
Cama hospitalar manual com grades laterais	Diária
Colchão hospitalar densidade 30	Diária
Reanimador manual de silicone com reservatório	Diária
Gerador de energia Gerador de energia para funcionamento do respirador e aspirador	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 VFR município de SÃO GABRIEL/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750