



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de TAQUARI/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
Técnico de enfermagem	Cuidados de enfermagem	12 horas/dia, 7 dias por semana
Fisioterapia motora e respiratória	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	5 vezes/semana
Médico	Visitas/consultas domiciliares	1 vez/mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Equipo para dieta enteral	30 unidades
Frascos para dieta enteral 500 ml com tampa	30 unidades
Sondas de aspiração nº 12	200 unidades
Creme para prevenção de assaduras caixa grande	4 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Aspirador elétrico de secreções	31 dias
Oxímetro de pulso	31 dias

Não foram incluídos no TR os seguintes itens:

- Dieta enteral industrializada - 1.000 ml/dia – fornecida por meio de Expediente específico – PROA não encontrado.
- Equipamentos de proteção individual (EPI) – luvas – que devem ser fornecidos pela empresa contratada aos seus funcionários.
- Fraldas – fornecidas pela Farmácia Popular ou pelo município, por meio do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária (PIAPS), nos termos da Resolução N° 305/21 – CIB/RS. PROA 25/2000-0183780-9.



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 **J.R.B.**, município de PALMEIRA DAS MISSÕES/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750