TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Sarandi/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 Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas diárias, 7 dias por semana
Médico Clinico	Atendimento especializado	01 atendimento mensal
Médico neurologista	Atendimento especializado	01 atendimento mensal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	03 atendimentos por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	01 atendimento diário, todos os dias
Nutricionista	Atendimento nutricional.	01 atendimento mensal
Psicologo	Atendimento especializado	01 atendimento por semana

INSUMOS

TIPO	QUANTIDADE MENSAL
Pomada anti-assaduras Cavillon (creme barreira) – 92 g - tubo	02
Loção Umiditá 120 ml	02
Coxins de posicionamento	04 por ano

EQUIPAMENTOS

TIPO	PERIODICIDADE
Cadeira de rodas com apoio para a cabeça	Diária
Cadeira banho	Diária
Colchão pneumático	Diária
Oxímetro	Diária
Aspirador de secreção	Diária
Guincho (elevador) hidráulico	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 G.R.O. Municipio Sarandi/RS
Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750