



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de DOIS IRMÃOS/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
Médico	Visita médica	1 vez por mês
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal
Fisioterapia motora/ Respiratória	Atendimento com fisioterapeuta	05 vezes por semana
Fonoterapia	Atendimento fonoaudiológico.	3 vezes por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	4 vezes por mês
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Micropore 2,5 cm x 10 m	2 unidades
Esparadrapo 10 cm x 4,5 m	1 unidade
Sonda Nasoenteral adulto 12 Fr	01 unidade
Equipo dieta macrogotas com ponta cônica	31 unidades
Frasco de dieta 300 ml	31 unidades
Espaçador Adulto de alumínio	1 unidade
Seringa descartável de 20ml	30 unidades
Gazes não estéreis, pacote com 500 unidades	1 pacote

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Guincho para acamados elétrico	Diária
Suporte de Soro	Diária
Oxímetro digital	Diária
Estetoscópio adulto	Diária
Esfigmomanômetro adulto	Diária



Termômetro	Diária
Cama hospitalar motorizada com grades	Diária
Colchão pneumático	Diária
Cadeira de rodas	Diária
Cadeira para banho	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 I.G.L., município de DOIS IRMÃOS/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





24200001064995

Nome do documento: TR IGL.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

KARINE ZENATTI ELY

SES / DRE-NAJUR / 3942619

15/08/2024 08:36:34

