



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	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	01 atendimento semanal
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	05 atendimentos por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	02 atendimentos por semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento por mês
Médico	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Equipo para dieta	30 unidades
Frasco para dieta	30 unidades
Sonda de aspiração nº12	200 unidades
Seringa de 20ml com bico	15 unidades
Luva plástica, individual, estéril para aspiração pacote com 100 unidades	04 pacotes
Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	90 pacotes
Cadarço para traqueostomia 5 metros	01 rolo
Dersani 200 ml	02 frascos

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar Elétrica	Diária
Colchão pneumático	Diária
Cadeira de rodas	Diária
Cadeira de Banho	Diária
Oxímetro	Diária
Aspirador elétrico para secreção	Diária
Concentrador de oxigênio	Diária





Guincho Senador	Diária
Estetoscópio	Diária
Esfigmomanômetro	Diária
Termômetro	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 **R.A.R.**, município de TAQUARI/RS
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200000897276

Nome do documento: TR RAR.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

15/07/2024 14:13:31

