



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Barra Funda, 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/Auxiliar de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento mensal (a serem realizados quando a SMS não o realizar)
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	01 atendimento semanal (a serem realizados quando a SMS não o realizar)
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	2 atendimentos semanais
Médico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Nebulizador	Diária
Oxímetro de pulso	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;





24200000207806

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 **A.A.B.**

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200000207806

Nome do documento: Termo de Referencia AAB 2024 atual.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

15/08/2024 16:27:55

