



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 de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	04 atendimentos mensais
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	09 atendimentos mensais
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	01 atendimento semanal, 04 vezes no mês
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Médico	Atendimento médico especializado	02 atendimentos mensais
Psicologia	Atendimento psicológico	01 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Antisséptico bucal	04
Loção Umidita de 120 ml	02

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Poltrona reclinável com rodízio	Diária
Termômetro digital	Diária
Oxímetro de Pulso	Diária
Esfigmomanômetro	Diária
Glicosímetro	Diária
Nebulizador	Diária
Papagaio Plástico- Coletor de Urina	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.M.G**, município de SARANDI/RS
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750