



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PASSO FUNDO/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
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional de fonoaudiologia	02 atendimentos por semana
Médico pediatra	Atendimento com profissional médico pediatra	02 atendimentos ao mês
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	02 atendimentos ao dia, todos os dias
Fisioterapia motora neurológica	Sessões de Fisioterapia motora neurológica	05 sessões por semana
Terapia Ocupacional	Atendimento com profissional de terapia ocupacional	03 atendimentos por semana
Nutricionista	Atendimento com profissional de nutrição	01 atendimento mensal
Técnico em enfermagem	Atendimento com profissional técnico de enfermagem	24 horas por dia , todos os dias

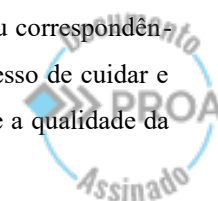
EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cufômetro	Diária
Oxímetro de pulso	Diária
Bomba de infusão para administrar a dieta	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 MHPV município de PASSO FUNDO/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001742942

Nome do documento: TR MHPV DEZ 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

17/12/2024 16:16:05

