



24200001700360

## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PORTO ALEGRE/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
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento por semana, 4 vezes no mês
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento mensal
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional fonoaudiologia	03 atendimentos por semana, 12 vezes no mês
Nutricionista	Atendimento com profissional nutricionista	02 vezes no mês
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora	01 atendimento ao dia, 30 vezes no mês
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia respiratória	01 atendimento ao dia, 30 vezes no mês
Técnico de Enfermagem	Atendimento com profissional técnico de enfermagem	24 horas por dia, todos os dias

#### INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Equipo para bomba de infusão	10 unidades
Frasco para dieta e água	60 unidades
Luva estéril para aspiração , pacote com 100 unidades	02 pacotes
Soro fisiológico 10 ml	80 unidades
Seringa 10 ml	30 unidades
Seringa 03 ml	30 unidades
Seringa 01 ml	30 unidades
Equipo para água	30 unidades
Gaze esteril 7,5 x7,5 pacote com 10 unidades	80 pacotes

#### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Berço Hospitalar	Diária
Bomba de infusão para dieta	Diária
Suporte para Bomba de Infusão	Diária



Ambu pediátrico	Diária
Oxímetro com sensor, modelo bancada	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 S.A.B, município de Porto Alegre/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001700360

**Nome do documento:** TR SAB DEZ 2024.pdf**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

10/12/2024 13:36:10

