



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Santo Angelo/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	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	01 atendimento por semana
Técnico de enfermagem	Atendimento por técnico de enfermagem	06 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	03 atendimentos por semana
Fonoaudióloga	Atendimento com profissional de fonoaudiologia	01 atendimento por semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Médico	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal

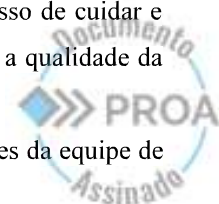
INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Bolsa coletora de urina	01 unidade
Óleo de girassol	03 unidades
Soro Fisiológico 100 ml	03 unidades
Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 500 unidades	01 pacote

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 M.S.C.F município de SANTO ANGELO/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200000088829

Nome do documento: TR 2025 MSCF.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

23/01/2025 12:32:11

