



TERMO DE REFERÊNCIA

- 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.
- 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. |
| Fisioterapeuta | Sessões de fisioterapia respiratória e motora. | 05 atendimentos na semana |
| Médico | Acompanhamento Médico | 02 atendimentos mensais |
| Fonoaudiólogo | Acompanhamento Fonoaudiólogo | 03 atendimentos semanais |
| Nutricionista | Acompanhamento com Nutricionista | 01 atendimento mensal |
| Psicologia | Acompanhamento com Psicólogo (a) | 02 atendimentos ao mês |

INSUMOS

| MATERIAL | QUANTITATIVO MENSAL |
|--|---------------------|
| Tiras para Hgt | 120 unidades |
| Papagaio para coletar urina (de plástico) | 01 unidade |

EQUIPAMENTOS

| Equipamento | Quantidade |
|---|------------|
| Oxímetro de pulso | Diária |
| Termômetro digital | 01 |
| Esfigmomanômetro | 01 |
| Glicosímetro | 01 |
| Estetoscópio | 01 |
| Kit nebulizador | 01 |
| Loção umiditá 120 ml | 02 tubos |
| Poltrona reclinável com rodízio (modelo do papai) | 01 |

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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **C.C.**, residente no município de SARANDI/RS. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001272989

Nome do documento: TR CC SET 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

19/09/2024 15:28:50

