



24200001795833

TERMO DE REFERÊNCIA

I. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar para paciente residente no município de Montenegro/RS, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

II. MEMORIAL DESCRIPTIVO**ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR**

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico de Enfermagem	Acompanhamento do paciente de técnico de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora	1 sessão diária, 7 dias por semana
Terapeuta Ocupacional	Sessões de terapia ocupacional	3 sessões semanais
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoterapia	3 sessões semanais
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento mensal
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento mensal
Nutricionista	Atendimento com profissional nutricionista	01 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Dersani 200 ml	01 unidade
Fita para Hgt	90 unidades

EQUIPAMENTOS

TIPO	QUANTIDADE
Colchão piramidal	Diária
Aparelho de HGT	Diária
Elevador de Transferência - Guincho humano elétrico, capacidade máxima 180 Kg, elétrico 220 volts	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 A.S.T, município de Montenegro
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001795833

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

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

30/12/2024 14:22:56

