



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Viamão /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.	02 atendimento por mês
Técnico de enfermagem	Atendimento por técnico de enfermagem	12 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	03 atendimentos por semana
Fonoaudióloga	Atendimento com profissional de fonoaudiologia	02 atendimentos por semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Médico	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Lanceta para HGT	30 unidades
Fita reagente para HGT, caixa com 50 unidades	01 caixa

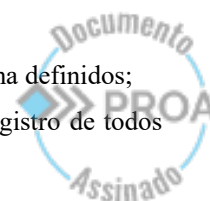
EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Estetoscópio Adulto	Diária
Esfigmomanômetro Adulto	Diária
Termômetro	Diária
Oxímetro Digital (finger)	Diária
Colchão Piramidal	Diária
Aparelho para hemoglicoteste	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 M.J.M.S município de Viamão/RS
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001339455

Nome do documento: TR MJMS.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

03/10/2024 13:51:50

