

## TERMO DE REFERÊNCIA

1. **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.
2. **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
Loção umiditá 120 ml	02 tubos
Kit nebulizador	01 kit anual
Papagaio para coletar urina ( de plástico)	01 unidade

### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Poltrona reclinável com rodízio (modelo do papai)	30 diárias mensais

\*\*\* Os itens **oxímetro de pulso, termômetro digital, esfigmomanômetro, estetoscópio e glicosímetro** (aferição de sinais vitais) devem ser fornecidos pela contratada.

### 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