



## **TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para o paciente residente no município de Cachoeirinha/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**

| <b>TIPO</b>    | <b>PROCEDIMENTO</b>                                                                      | <b>PERIODICIDADE</b>    |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Médico         | Atendimento Médico                                                                       | 1 atendimento Mensal    |
| Enfermeira     | Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, prescrição e procedimentos de enfermagem. | 1 atendimento Mensal    |
| Nutricionista  | Acompanhamento com Nutricionista                                                         | 1 atendimento Mensal    |
| Fisioterapeuta | Sessões de fisioterapia motora e respiratória                                            | 5 atendimentos semanais |
| Fonoaudióloga  | Atendimento fonoaudiológico.                                                             | 2 atendimentos semanais |

## **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.



24200000213431

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: **S.V.O.S.**, residente no município de Cachoeirinha/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750