



TERMO DE REFERÊNCIA

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

II. MEMORIAL DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Médico Clínico Geral	Acompanhamento por médico	1 atendimento a cada 6 meses (Semestral)
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	12 horas por dia/ 7 dias na semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	1 sessão ao dia/ 5 dias na semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, prescrição de enfermagem	1 vez por mês
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico	1 sessão ao dia/ 3 dias na semana
Terapeuta Ocupacional	Acompanhamento por Terapeuta Ocupacional	1 sessão ao dia/ 2 vezes por semana
Psicopedagogo	Sessão com psicopedagoga	1 sessão por semana

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Colchão piramidal	Diária
Cama hospitalar, articulada, com grade lateral	Diária
Colchão pneumático	Diária
Parapodium para descarga de peso	Diária
Cinto de transferência, elevador estilingue assistente de reabilitação	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 **P.A.B.F.**, residente no município de Passo Fundo/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750