



**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**

<b>TIPO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
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**

<b>Equipamento</b>	<b>Quantidade</b>
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