



## TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para pacientes residentes no município de SANTA MARIA/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                                                          |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem | Atendimento dos pacientes por técnico/auxiliar de enfermagem. | 24 horas por dia, 7 dias por semana                                    |
| Fisioterapeuta                      | Sessões de fisioterapia respiratória e motora.                | 1 sessão diária de segunda-feira a sexta-feira para cada paciente      |
| Fonoaudiólogo                       | Atendimento fonoaudiológico                                   | 1 atendimento diário de segunda-feira a sexta-feira para cada paciente |
| Psicólogo                           | Atendimento psicológico                                       | 1 atendimento por semana para cada paciente                            |
| Terapeuta Ocupacional               | Atendimento terapia ocupacional                               | 2 atendimentos por semana para cada paciente                           |

### 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);





24200000060635



20200001284802

- 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 **C.M.L.C. e E.L.L.C.**  
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750

