



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de **CANOAS/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
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação e prescrição de enfermagem	02 atendimentos mensais
Médico	Acompanhamento médico	01 atendimento mensal
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	01 atendimento diário, 30 vezes no mês
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoaudiologia	03 sessões por semana, 12 vezes no mês
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	02 atendimentos mensais
Psicologia	Atendimento psicológico	01 atendimento por semana, 04 vezes no mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Extensor de aspiração	02 unidades

EQUIPAMENTOS LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO

Equipamento	Quantidade
Oxímetro	Diária
Aspirador portátil	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 correspondên-



cia 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: **G.S.C**, residente no município de **CANOAS/RS**. Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750