



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PASSO FUNDO, 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
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento mensal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	4 atendimentos semanais
Fisioterapia	Método Pilates	2 vezes por semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	2 atendimentos semanais
Médico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Reanimador manual de silicone AMBU com válvula e acapella	Diária
Bola Feijão de Fisioterapia	Diária
Bola Suíça	Diária
Magic Circle	Diária
Faixa Elástica rosa e azul	Diária
Kit bolas tonificadoras 1,2 e 3 kg	Diária
Bandagem muscular	Diária
Almofada de equilíbrio 33 cm	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 **C.R.M.**

Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750