



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de CACEQUI/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                       |
|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Técnico de enfermagem | Atendimento por técnico de enfermagem          | 24 horas por dia, 7 dias por semana |
| Fisioterapia          | Sessões de fisioterapia                        | 01 atendimento ao dia               |
| Fonoaudióloga         | Atendimento com profissional de fonoaudiologia | 03 atendimentos por semana          |
| Terapia Ocupacional   | Acompanhamento com terapeuta ocupacional       | 03 atendimentos por semana          |

### EQUIPAMENTOS

| Equipamento        | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Cama Hospitalar    | Diária     |
| Colchão Hospitalar | Diária     |
| Aspirador Traqueal | 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;





24200001442213

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.T.S.X município de CACEQUI/RS  
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001442213

Nome do documento: TR CTSX.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

22/10/2024 11:27:48

