



24200001580810

## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Porto Alegre/RS de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

### 2 . MEMORIAL DESCRIPTIVO

#### ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Nutricionista	Atendimento com profissional nutricionista	01 vez por mês
Médico	Atendimento com profissional médico	01 vez por semana
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional fonoaudiologia	03 vezes por semana
Técnico de enfermagem	Atendimento com profissional técnico de enfermagem	24 horas por dia, todos os dias
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapia	01 atendimento ao dia, todos os dias
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento por semana
Psicólogo	Atendimento com profissional de psicologia	01 atendimento por semana

#### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama hospitalar	Diária
Colchão pneumático	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;

Assinado  
PROA

- 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 R.L.R.F município de Porto Alegre/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001580810

**Nome do documento:** TR RLRF.pdf**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

18/11/2024 11:59:58

