



### TERMO DE REFERÊNCIA

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

### **II. MEMORIAL DESCRITIVO**

#### ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

TIPO	PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE
Técnico de Enfermagem	Acompanhamento do paciente de técnico de enfermagem	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora	1 sessão diária, 7 dias por semana
Terapeuta Ocupacional	Sessões de terapia ocupacional	3 sessões semanais
Fonoaudiólogo	Sessões de fonoterapia	3 sessões semanais
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento mensal
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento mensal
Nutricionista	Atendimento com profissional nutricionista	01 atendimento mensal

#### INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Dersani 200 ml	01 unidade
Fita para Hgt	90 unidades

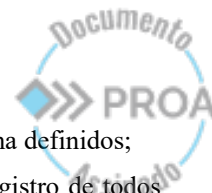
#### EQUIPAMENTOS

TIPO	QUANTIDADE
Colchão piramidal	Diária
Aparelho de HGT	Diária
Elevador de Transferência - Guincho humano elétrico, capacidade máxima 180 Kg, elétrico 220 volts	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 A.S.T, município de Montenegro  
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001795833

**Nome do documento:** TR AST DEZ 2024.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

30/12/2024 14:22:56

