



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PASSO FUNDO/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
Médico	Acompanhamento e avaliação da progressão da doença	1 visita/mês
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, supervisão e a realização de procedimento mais complexos (sondagem, soroterapia, etc..);	1 vez/mês
Fisioterapia	Atendimento fisioterapeuta para melhora da função motora e respiratória.	1 vezes por semana (SMS de Passo Fundo vai oferecer atendimento nas segundas-feiras e quartas-feiras). O atendimento deverá ser realizado preferencialmente na quinta ou sexta-feira.
Nutricionista	Controle da alimentação devido aos quadros de desidratação e baixa imunidade	1 vez/mês

Não foram incluídas no TR as consultas de fonoaudiologia, e dois atendimentos semanais de fisioterapia, pois estão sendo ofertadas pela SMS de Passo Fundo, conforme documento anexado ao expediente (fl. 40).

### 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 cuidado e ao gerenciamento dos processos de trabalho necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.





25200000288330

- 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 **O.P.** município de PASSO FUNDO/RS  
Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750



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

KARINE ZENATTI ELY

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3942619

**Data**

06/03/2025 11:35:12

