



25200000767505

## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SÃO GABRIEL/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

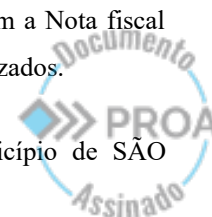
| Tipo                  | Procedimento                               | Periodicidade               |
|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| Técnico de enfermagem | Cuidados de enfermagem                     | 12 horas/dia, 7 dias/semana |
| Fonoaudiologia        | Atendimento por profissional fonoaudiólogo | 3 vezes/semana              |
| Terapia Ocupacional   | Atendimento por Terapeuta Ocupacional      | 3 vezes/semana              |

## 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 **D.D.R.F.**, município de SÃO GABRIEL/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200000767505

**Nome do documento:** TR DDRF.pdf

**Documento assinado por**

KARINE ZENATTI ELY

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3942619

**Data**

09/06/2025 15:08:26

