



## TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Santo Ângelo/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 DOMICILIAR

| TIPO                             | PROCEDIMENTO                                       | PERIODICIDADE                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Técnico/Auxiliar de Enfermagem | Acompanhamento por técnico/auxiliar de enfermagem. | 24 horas por dia, 7 dias por semana |
| Fisioterapeuta                   | Sessões de fisioterapia motora e respiratória.     | 3 sessões semanais                  |

### INSUMOS

| MATERIAL                           | QUANTITATIVO MENSAL |
|------------------------------------|---------------------|
| Cadarço para traqueostomia         | 50 metros           |
| Equipo para dieta por gastrostomia | 8 unidades          |
| Frasco para dieta por gastrostomia | 8 unidades          |
| Fita micropore 2,5 cm X 4,5 m      | 10 rolos            |
| Luva de procedimento               | 1 caixa             |

## 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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **M.V.**; residente no município de Santo Ângelo/RS.

**Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750**