



24200001455900

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 |
|-----------------------|---|---|
| Fisioterapia | Sessões de fisioterapia respiratória e motora. | 5 atendimentos semanais (20 atendimentos ao mês) |
| Médico | Acompanhamento médico. | 1 atendimento mensal |
| Enfermeiro | Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação e prescrição de enfermagem. | 1 atendimento semanal (4 atendimentos por mês) |
| Fonoaudiólogo | Sessões de fonoaudiologia. | 3 atendimentos semanais (12 atendimentos mensais) |
| Técnico de enfermagem | Atendimento com Profissional Técnico de Enfermagem | 12 horas por dia (manha e tarde) todos os dias |

INSUMOS

| Material | Quantitativo Mensal |
|---|---------------------|
| Compressa cirúrgica de algodão 45 x 50 cm | 30 unidades |

EQUIPAMENTOS

| Equipamento | Quantidade |
|--|------------|
| Guincho para transferência de paciente acamado | 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.

Assinado
PROA



- 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.M município de Passo Fundo/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001455900

Nome do documento: TR DDM OUT2024.pdf**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

24/10/2024 12:45:52

