



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 DESCRITIVO

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Terapeuta Ocupacional	Sessões de TO	1 vez por semana
Psicólogo	Sessões de psicoterapia	1 vez por semana
Fisioterapia motora e respiratória	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	1 vez por semana (em dias alterandos com as duas sessões ofertadas pela SMS)
Médico pneumologista	Visita médica	1 vez a cada 90 dias

OBS: Os atendimentos serão ofertados em complementação aos serviços que a SMS de Passo Fundo irá ofertar por determinação judicial, conforme segue:

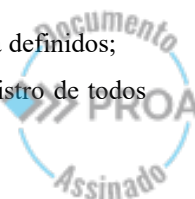
- fisioterapia motora e respiratória - 03 vezes por semana;
- enfermeiro - 01 vez por mês;
- nutricionista - a cada dois meses;
- psicólogo - 01 vez por semana;
- terapeuta ocupacional - 01 vez por semana; e
- médico pneumologista - a cada 90 (noventa) dias.

Considerando a declaração da Secretaria Municipal de Saúde (evento 1, CERTNEG19), verifico que o Município de Passo Fundo deverá fornecer as duas sessões semanais de fisioterapia, a visita do enfermeiro e da nutricionista, juntando, mensalmente, relatórios que comprovem os serviços prestados. Por sua vez, o Estado do Rio Grande do Sul deverá fornecer a outra sessão de fisioterapia, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o médico pneumologista, com a devida comprovação nos autos, sob pena de serem bloqueados valores suficientes para os respectivos custeios.

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.M.V.D.**, município de PASSO FUNDO/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001667652

Nome do documento: TR AMVD.pdf

Documento assinado por

KARINE ZENATTI ELY

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3942619

Data

18/11/2025 12:38:28

