



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Santo Angelo/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
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento por semana
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento mensal
Técnico de Enfermagem	Atendimento com técnico de enfermagem	24 horas por dia, todos os dias
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	05 atendimentos por semana

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Soro fisiológico 0,9% 500ml	03 unidades
Gazes pacote com 500 unidades , não estéril	01 pacote
Óleo de Girassol , 200 ml	03 unidades

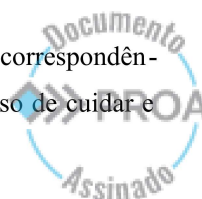
EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama Hospitalar	Diária
Colchão pneumático (antiescaras)	Diária
Cadeira de rodas	Diária
Cadeira Higiênica	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.

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 EVN município de SANTO ANGELO/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200000090831

Nome do documento: TR EVN.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

10/02/2025 15:11:45

