



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
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento por semana
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento a cada quinze dias
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional de fonoaudiologia	03 atendimentos por semana
Técnico de Enfermagem	Atendimento com técnico de enfermagem	24 horas por dia, todos os dias
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora/respiratória	05 atendimentos por semana
Nutricionista	Atendimento com profissional nutricionista	01 atendimento por mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Frascos de dieta 300 ml	30 unidades
Equipo para dieta	30 unidades
Micropore 25 mm x 10 m	03 unidades
Gazes 7,5 x 7,5 cm, pacote com 10 unidades	30 pacotes (1 por dia)
Luvas plásticas estereis	10 pares
Dersani 200 ml	02 frascos
Pomada para assadura	01 unidade

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 **L.T.S** município de Passo Fundo/RS





25200000358192

Nome do documento: TR LST MAIO 2025.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

05/05/2025 13:53:18

