



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Porto Alegre, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.
- MEMORIAL DESCRITIVO**

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico/auxiliar de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória	1 sessão diária/5 vezes na semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora	3 sessões na semana
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	2 sessões na semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal/
Médico Pediatra	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Pomada nistatina + óxido de zinco	01 frascos
Esparadrapo	01 unidade
Soro Fisiológico 0,9% 10 ml	100 unidades (total 1 litro)
Gaze estéril 7,5 X 7,5 estéril, 13 fios, pacote com 10 unidades	25 pacotes
Equipo para bomba	31 unidades
Equipo simples para água	16 unidades
Frasco simples	16 unidades
Seringa 20 ml	31 unidades
Seringa 10 ml	31 unidades
Dersani 200 ml	01 unidade
Cavilon-creme barreira	01 unidade

3. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:





24200001173115

- 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 **M.A.O.** Município de Bom Jesus
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001173115

Nome do documento: TR MAO 2025 10 04.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

10/04/2025 15:08:43

