



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SARANDI/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
Técnico de enfermagem	Cuidados de enfermagem	24 horas/dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 vez/semana
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	1 vez/semana
Fonoaudiologia	Atendimento por fonoaudiólogo	1 vez/semana
Psicologia	Atendimento com psicólogo	1 vez a cada 15 dias
Médico	Visita médica	1 vez/mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Dersani hidrogel com alginato	08 unidades
Óleo de Girassol	05 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Suporte de soro	Diária
Cadeira de rodas	Diária
Cadeira de banho	Diária
Guincho para transporte	Diária
Cama hospitalar	Diária

Não foram incluídos no TR os seguintes itens:

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – luvas – que devem ser fornecidos pela empresa contratada aos seus funcionários.
- Fraldas – que devem ser fornecidas por meio de expediente específico – PROA 24/2000-0104846-9.
- Medicamentos – devem ser fornecidos pela SMS ou por meio de expediente específico.





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 **OMA**, município de SARANDI/RS
Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200000421943

Nome do documento: TR OMA.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

KARINE ZENATTI ELY

SES / DRE-NAJUR / 3942619

01/04/2025 12:38:16

