



## 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           |
| Fonoaudiologia        | Atendimento com profissional de fonoaudiologia | 01 atendimento semanal          |
| Técnico de Enfermagem | Atendimento com técnico de enfermagem          | 24 horas por dia, todos os dias |
| Fisioterapia          | Sessões de fisioterapia                        | 04 atendimentos por semana      |

### INSUMOS

| Material                                            | Quantitativo Mensal |
|-----------------------------------------------------|---------------------|
| Gaze não estéril, pacote com 500 unidades           | 01 pacote           |
| Soro Fisiológico 1000 ml                            | 10 unidades         |
| Sonda de aspiração nº12                             | 90 unidades         |
| Curativo de Espuma biatain nº25 (12,5 cm x 12,5 cm) | 30 unidades         |

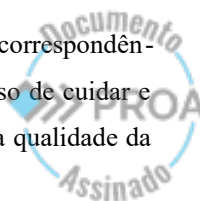
### EQUIPAMENTOS

| Equipamento     | Quantidade |
|-----------------|------------|
| Suporte de soro | 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 C.N município de SANTO ANGELO/RS





25200000400849

Nome do documento: TR CN.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

27/03/2025 13:01:47

