

## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SANTO ÂNGELO/RS de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.

### 2. MEMORIAL DESCRIPTIVO

#### ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Técnico de enfermagem	Cuidados de enfermagem	12 horas/dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 vez/semana
Fisioterapia motora e respiratória	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	5 vezes/semana
Médico	Visita médica	1 vez/mês

#### INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Óleo de Girassol	3 unidades
Soro fisiológico 0.9% – frascos de 1000 ml	3 Unidades
Compressas de gaze 10 x 10 cm não estéril – pacote com 500 unidades	1 pacote

#### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Colchão antiescarras	Diária
Cadeira de Rodas	Diária
Cadeira de Banho	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 – fornecidas por meio de PROA 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 **J.E.Z.B.**, município de SANTO ÂNGELO/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200000406472

**Nome do documento:** TR JEZB atualizado em jun 2025.pdf**Documento assinado por**

KARINE ZENATTI ELY

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3942619

**Data**

16/06/2025 14:06:23

