



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Santiago/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	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	02 (duas) vezes ao dia, de segunda-feira a sexta-feira
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	01 (uma) sessão no sábado, todos os sábados
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional especializado	03(três) sessões por semana
Nutricionista	Atendimento com profissional especializado	01 atendimento ao mês
Médico	Atendimento com profissional especializado	01 atendimento ao mês (01 atendimento já é fornecido pela SMS)

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Seringa de 20 ML	24 unidades
Gase estéril, pacote com 05 unidades	192 unidades
Micropore de 5 cm x 10 m	07 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantitativo
Bandeja de inox estéril para imersão da cânula	Diária
Pinça anatômica para manuseio da traqueostomia	Diária
Guincho elevação com kit	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 SNS município de SANTIAGO/RS
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200001559531

Nome do documento: TR SNS OUT25.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

30/10/2025 13:25:41

