



## TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Passo Fundo/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                  |                                                                | PERIODICIDADE                           |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Técnico de enfermagem | Acompanhamento do paciente de técnico de enfermagem.           | 12 horas por dia/7 dias por semana      |
| Fisioterapeuta        | Sessões de fisioterapia motora e respiratória                  | 03 atendimentos por semana/ 12 x mês    |
| Enfermeiro            | Atendimento de enfermagem, supervisão de equipe de enfermagem. | 01 atendimento quinzenal (2 x/ por mês) |
| Médico                | Acompanhamento/avaliação médica                                | 01 atendimento a cada 90 dias           |

### 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.





25200001575812

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 **D.M.**, residente no município de Passo Fundo/RS.

Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200001575812

**Nome do documento:** TR DM nov 2025.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

03/11/2025 16:47:09

