



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar para paciente residente no município de BENTO GONÇALVES/RS, de forma complementar ao 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	Consulta de enfermagem.	1 vez/semana
Fonoaudiólogo	Atendimento de fonoaudiologia	1 vez/semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	7 vezes/semana
Nutricionista	Acompanhamento nutricional para ajuste da dieta por quadro de constipação crônica	1 vez/mês
Médico neurologista ou geriatra	Consulta médica	1 vez a cada 6 meses

INSUMOS

Equipamento	Quantidade
Creme protetor para assaduras	360 gramas

Não foram incluídos no TR:

- Medicamentos: fornecidos por meio de expediente específico – PROA 25/2000-0121454-2.
- Fraldas: fornecido por meio de expediente específico – PROA não encontrado.

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 **E.L.S.**, município de BENTO GONÇALVES/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001646000

Nome do documento: TR ELS.pdf

Documento assinado por

KARINE ZENATTI ELY

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3942619

Data

13/11/2025 16:58:46

