



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Sertão/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
Nutricionista	Atendimento do paciente por profissional de nutrição	01 atendimento por mês
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia	01 atendimento por semana (01 atendimento por semana será fornecido pela SMS)
Médico	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal (1 atendimento mensal será fornecido pela SMS)
Enfermeiro	Atendimento com profissional especializado	03 atendimentos por mês (01 atendimento mensal será fornecido pela SMS)
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional especializado	01 atendimento por semana

* Não foram incluídos no TR

- Em relação a visitas do agente comunitário, município fornecera.
- Em relação a cuidador treinado, não compete a este Departamento.

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Colchão pneumático	Diária
Cama hospitalar com colchão	Diária
Guincho para transferência	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 NAK município de SERTÃO/RS
Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001854487

Nome do documento: TR NAK DEZ 2025.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

26/12/2025 14:21:59

