



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Santo Angelo/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      | 05 atendimentos por semana          |

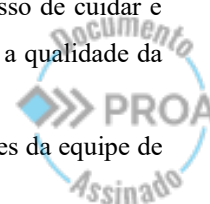
### INSUMOS

| Material                                       | Quantitativo Mensal |
|------------------------------------------------|---------------------|
| Luvas de procedimento – caixa com 100 unidades | 30 unidades         |
| Sonda para aspiração traqueal                  | 30 unidades         |
| Povidine                                       | 10 unidades         |
| Cadarço para fixação de traqueostomia          | 500 unidades        |
| Compressa de gaze 7,5 x 7,5, 11 fios           | 1 unidade           |
| Seringa estéril de 20 ml                       | 100 unidades        |
| Óleo de Girassol                               | 01 unidade          |
| Soro Fisiológico estéril frasco de 250 ml      | 30 unidades         |

## 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.

3.6. Observar a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/2025, a qual “dispõe sobre os critérios de sustentabilidade ambiental para a aquisição de bens e contratação de serviços e obras relativamente às licitações realizadas pela Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão por intermédio da Subsecretaria da Administração Central de Licitações - CELIC e dá outras providências.”

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para IMN município de Santo Angelo/RS  
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





25200001431802

**Nome do documento:** TR IMN JAN 2026.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

27/01/2026 12:59:50

