



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de IJUÍ/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
Enfermeiro	Visitas/consultas domiciliares	3 vezes/mês (complementar à visita mensal ofertada pela SMS de Ijuí – nas semanas que a SMS não visitar)
Médico	Visitas/consultas domiciliares	3 vezes/mês (complementar à visita mensal ofertada pela SMS de Ijuí – nas semanas que a SMS não visitar)

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Sonda de aspiração n. 6	200 unidades
Luva estéril plástica para aspiração	200 unidades
Seringa de 10 ml	30 unidades
Seringa de 20 ml	30 unidades
Aguá destilada 10 ml	100 unidades
Soro fisiológico 0.9% – 10 ml	100 unidades
Cateter O2	4 unidades
Extensor de O2	4 unidades





EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Nebulizador	Diária
Estetoscópio	Diária

Não foram incluídos no TR os seguintes itens:

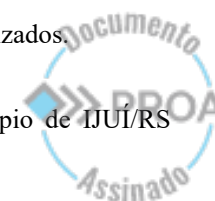
- Fisioterapia – 3 vezes/semana – Ofertada pela SMS de Ijuí/RS.
- Médico – 1 vez/mês – Ofertada pela SMS de Ijuí/RS
- Enfermeiro – 1 vez/semana – Ofertada pela SMS de Ijuí/RS
- Dieta – fornecida por meio de expediente específico – PROA não localizado;
- Medicamentos – fornecidos por meio de expediente específico – PROA 25/2000-0072452-0;
- Torpedo de O2 – fornecido por meio de expediente específico – PROA não localizado;
- Aspirador portátil – comprado pela família com recursos próprios;

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 **P.H.M.S**, município de IJUÍ/RS
Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001688170

Nome do documento: TR PHMS.pdf

Documento assinado por

KARINE ZENATTI ELY

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3942619

Data

27/11/2025 14:50:30

