



## 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

<b>Tipo</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Periodicidade</b>
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

<b>Material</b>	<b>Quantitativo Mensal</b>
Sonda para aspiração traqueal nº 12	150 unidades
Povidine 100 ml	03 unidades
Cadarço para fixação de traqueostomia, 10 mm, rolo de 100 metros	02 rolos
Compressa de gaze 7,5 x 7,5, 11 fios, não estéril, pacote com 500 unidades	04 unidades
Seringa estéril de 20 ml	05 unidades
Óleo de Girassol 200 ml	02 unidades
Soro Fisiológico estéril frasco de 250 ml	05 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