



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de NOVA BOA VISTA/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	Cuidados de enfermagem	24 horas/dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	3 vezes/mês
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	4 vezes/semana
Nutricionista	Avaliação nutricional	1 vez/mês
Psicóloga	Sessão de psicologia	2 vezes/mês

#### INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Ácidos graxos essenciais loção 200 ml	4 unidades

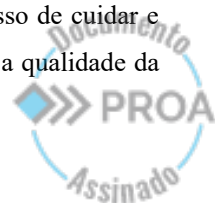
#### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Poltrona reclinável com rodízio	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 **J.R.B.**, município de NOVA BOA VISTA/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001454055

**Nome do documento:** TR PWS ATUALIZADO DEZ 25.pdf

**Documento assinado por**

**Órgão/Grupo/Matrícula**

**Data**

KARINE ZENATTI ELY

SES / DRE-NAJUR / 3942619

10/12/2025 15:45:18

