



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de São Miguel das Missões/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

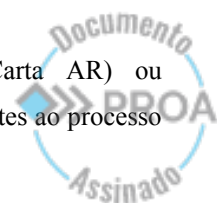
INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Filtro Bacteriano HMEF neo natal	04 unidades
Adesivo transparente Hypafix 2,5 cm x 10 metros	02 unidades
Adesivo transparente Hypafix 5 cm x 10 metros	02 unidades
Óleo de Girassol 200 ml	03 frascos
Micropore 05 cm x 10m	02 rolos
Soro Fisiológico 0,9 % flaconete de 10 ml	300 unidades
Gaze estéril, 7,5 cm x 7,5 cm , acote com 10 unidades	15 unidades
Sonda de aspiração tamanho 08	300 unidades
Luva plástica estéril para aspiração, pacote com 100 unidades	02 pacotes
Frasco para dieta 300 ml	60 unidades
Equipo para dieta	60 unidades
Seringa de 10 ml	100 unidades
Seringa de 5 ml	100 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.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para MEJM município de São Miguel das Missões/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





Nome do documento: TR MEJM OUTUBRO 2025_.odt

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

11/11/2025 12:45:46

