



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de CAXIAS DO SUL/RS, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial proferida no processo nº 5063977-15.2025.8.21.0010.

2. MEMORIAL DESCRITIVO:

2.1. ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR:

| Tipo | Procedimento | Periodicidade |
|-----------------------|--|-------------------------------------|
| Técnico de Enfermagem | Atendimento do paciente por técnico de enfermagem. | 24 horas por dia, 7 dias por semana |
| Enfermeiro | Atendimento com profissional especializado | 10 vezes/mês |
| Fisioterapia | Sessões de fisioterapia | 30 vezes/mês |
| Médico | Atendimento médico especializado | 8 vezes/mês |
| Nutricionista | Atendimento com profissional especializado | 4 vezes/mês |

2.2 INSUMOS:

| Material | Quantitativo Mensal |
|---|---------------------|
| Seringas de 1 ml | 30 unidades |
| Extensor de oxigênio (2m) | 02 unidades |
| Soro fisiológico 0,9% (10 ml) | 300 unidades |
| Compressas de gaze estéril (7,5 x 7,5 cm) | 60 pacotes |
| Sonda de aspiração 8 FR | 600 unidades |
| Frascos para dieta (300 ml) | 10 unidades |
| Equipo para dieta | 10 unidades |
| Seringa de 20 ml | 10 unidades |

2.3. EQUIPAMENTOS:

| Equipamentos | Periodicidade |
|---|---------------|
| Reanimador (bolsa valva máscara pediátrico) | 30 dias |
| Aspirador portátil | 30 dias |
| Suporte de soro para administração de dieta | 30 dias |

* O custo unitário de aquisição de equipamentos possa ser inferior ao custo agregado da locação em análises estritamente financeiras, a adoção da contratação através da locação (diária/mensal) justifica-se pela inexistência de estrutura administrativa para gestão de ativos permanentes, conforme fundamentado na Informação Nº 5039/2026/SES/DRE/ADM, acostada a este Termo de Referência, se mostrando, portanto, como alternativa mais adequada sob os aspectos operacional, econômico e de gestão pública, visando o cumprimento dos princípios da eficiência e economicidade no gerenciamento dos recursos públicos.

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- Os equipamentos oxímetro, estetoscópio e esfigmomanômetro, por se tratarem de itens de uso comum e indispensáveis à prestação dos serviços, são de responsabilidade da contratada, cabendo a esta o seu fornecimento e disponibilização.



- **EPIs:** O fornecimento de todos os Equipamentos de Proteção Individual devem ser fornecidos pela contratada diretamente aos seus colaboradores, incluindo óculos de proteção para aspiração no presente caso.

4. CONTRATAÇÕES CORRELATAS (ITENS EXCLUÍDOS DESTE TR):

Os itens abaixo restam excluídos deste Termo de Referência pelos seguintes motivos:

- **Oxigenoterapia:** Conector T de Ayre, Torpedo de O₂, Nobreak, Ventilador Mecânico e Concentrador de Oxigênio são fornecidos via PROA nº 25/2000-0179762-9.
- **Dietoterapia:** Dieta pediátrica em pó fornecida por expediente específico (PROA: 25/2000-0182492-8).
- **Higiene:** Álcool gel, papel toalha e sabão antisséptico são de responsabilidade da família ou rede municipal.

5. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos;
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.
 - a. 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.
 - b. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
 - c. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
 - d. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s) profissional (is) responsável(is);
3. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;
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.
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.

6. FISCALIZAÇÃO:

A fiscalização técnica e administrativa será realizada pelos servidores designados pela SES conforme a IN CAGE Nº 03/2023.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **H.L.A.**, município de **CAXIAS DO SUL/RS**. Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.





26200000004833

Nome do documento: TR HLA JUN 26.pdf

Documento assinado por

Kimberly Sanco Keis

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 2841316017

Data

03/06/2026 16:53:58

