



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Esperança do Sul/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
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia	03 atendimentos por semana
Médico	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal
Enfermeiro	Atendimento com profissional especializado	01 atendimento por semana
Psicologia	Atendimento com profissional especializado	01 atendimento por mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Gaze estéril, 10 x 10 cm, pacote com 10 unidades	300 pacotes
Micropore 50 mm x 4,5 m	60 unidades
Micropore 25 mm x 10 m	12 unidades
Soro Fisiológico de 500 ml	04 unidades
Apósito 10 cm x 20 cm, unidade	180 unidades
Sonda Vesical nº 20	02 unidades

* Mescamentos, xilocaína pomada e insulina humana NPH caneta não são de responsabilidade deste Departamento.

* Fraldas podem ser fornecidas pelo município, conforme protocolo específico.

* Luvas, por se tratar de EPIS, devem ser fornecidas pela contratada.

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 LJR município de Esperança do Sul/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





26200000245598

Nome do documento: TR LJR Junho 26.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

02/06/2026 17:17:49

