



## TERMO DE REFERÊNCIA

**1. DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PASSO FUNDO/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                                                   |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Enfermeiro                         | Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem. | 3 vezes/mês (nas semanas que o profissional da SMS não vai)     |
| Fisioterapia motora e respiratória | Atendimento com profissional de fisioterapeuta                                           | 3 vezes/semana (nos dias em que o profissional da SMS não vai). |
| Fonoterapia                        | Visitas/consultas domiciliares                                                           | 1 vez/semana (em dias que o profissional da SMS não vai)        |

### EQUIPAMENTOS

| Equipamento              | Quantidade |
|--------------------------|------------|
| Guincho de transferência | 30 dias    |
| Cama hospitalar          | 30 dias    |

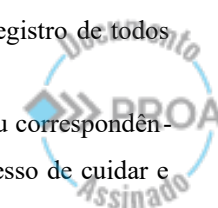
Não foram incluídos no TR os itens que serão fornecidos pela SMS de Passo Fundo, cfe Declaração 015/2025 anexa ao expediente:

1. Enfermeiro – 1 vez/mês
2. Fisioterapia motora e respiratória – 2 vezes/semana;
3. Nutricionista – 1 vez/mês;
3. Fonoterapia – 1 vez/semana;
4. Médico – 1 vez/mês.

## 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 **A.S.T.**, município de PASSO FUNDO/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001749020

**Nome do documento:** TR 2 AST abril 26.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

27/04/2026 11:59:32

