



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de BOM PROGRESSO/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.	8 horas por dia ininterruptas
Fisioterapia motora e respiratória	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	3 sessões por semana
Fonoaudiologia	Atendimento por fonoaudióloga	1 sessão semanal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Óleo de Girassol	2 unidades
Soro fisiológico 0.9% – frascos de 250 ml	4 Unidades
Compressas de gaze estéril – pacote com 10 unidades	100 pacotes
Micropore	2 rolos
Colchão pneumático	01 unidade anual

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama hospitalar	30 dias

Não foram incluídos no TR os seguintes itens:

- Equipamentos de proteção individual (EPI) – luvas de procedimentos – que devem ser fornecidos pela empresa contratada aos seus funcionários.
- Fraldas –PROA 25/2000-0142241-2.

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 **E.B.S.**, município de BOM PROGRESSO/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001383832

Nome do documento: TR EBS Maio 26.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

04/05/2026 11:31:43

