



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de Caibaté/RS, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

2. MEMORIAL DESCRITIVO:

2.1. ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR:

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Enfermeiro	Avaliação e prescrição de enfermagem	01 atendimento por semana, 02 vezes ao mês (01 atendimento a cada 15 dias, ficará a cargo da SMS, totalizando 04 atendimentos mensais)
Técnico em enfermagem	Assistência e cuidados por profissional técnico em enfermagem	12 horas diárias, 7 dias por semana.
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia respiratória e motora	01 atendimentos por semana (02 atendimentos semanais ficarão a cargo da SMS, totalizando 03 atendimentos semanais)

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- **Os equipamentos** oxímetro de pulso, estetoscópio, termômetro 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.

4. CONTRATAÇÕES CORRELATAS (ITENS EXCLUÍDOS DESTE TR):

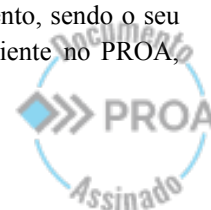
Os itens abaixo restam excluídos deste Termo de Referência pelos seguintes motivos:

- **Atendimento médico mensal; atendimento nutricional uma vez ao mês; 02 sessões semanais de fisioterapia e atendimento por profissional enfermeiro quinzenal:** ficarão a cargo da SMS;
- **Fraldas:** Conforme informado pela SMS, paciente já recebe fraldas através do sistema GESPAN.
- **Oxigenoterapia:** Não integra o objeto desta contratação para fins de faturamento, sendo o seu fornecimento de responsabilidade direta do DUP/SES. Não encontrado expediente no PROA, sugere-se abertura.

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 **A.B.**, município de **CAIBATÉ/RS**.
Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.





26200000688791

Nome do documento: TR AB JUN 26.pdf

Documento assinado por

Kimberly Sanco Keis

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 2841316017

Data

17/06/2026 15:35:28

