



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de SANTO ÂNGELO/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	Cuidados de enfermagem	8 horas/dia, 7 dias por semana
Médico	Visita/consulta domiciliar	1 vez/mês
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	2 vezes/mês
Fisioterapia motora	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	3 vezes/semana

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Óleo de Girassol	03 unidades
Soro Fisiológico 0.9% – frascos de 1000 ml	03 Unidades
Compressas de gaze 10 x 10cm não estéril – pacote com 500 unidades	01 pacote

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Periodicidade
Cadeira de Rodas	30 dias
Cadeira de Rodas para Banho	30 dias
Cama Hospitalar	30 dias
Colchão Pneumático	30 dias

*Não foram incluídos no TR os seguintes itens:

- Equipamentos de proteção individual (EPIS): luvas de procedimento – devem ser fornecidos pela empresa contratada.
- Fraldas: fornecidas pela Farmácia Popular ou pelo município, por meio do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária (PIAPS), nos termos da Resolução N° 305/21 – CIB/RS. Localizado PROA n° 25/2000-0174555-6.

3. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS





A contratada deverá:

- a. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos;
- b. Apresentar, mensalmente, prontuário do paciente, em ordem cronológica, com o registro de todos os atendimentos e atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente.
- c. 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.
- d. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
- e. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
- f. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s) profissional (is) responsável(is);
- g. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;
- h. 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.
- i. 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 S.C.S., município de SANTO ÂNGELO/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





25200001673830





25200001673830

Nome do documento: TermoR SCS JUN 26.pdf

Documento assinado por

Kimberly Sanco Keis

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 2841316017

Data

03/06/2026 13:28:40

