



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de Salto de Jacuí/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
Técnico em Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana

2.2. INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Equipo macrogotas para dieta (gastrostomia)	30 unidades
Frasco para dieta, 300 ml (gastrostomia)	60 unidades

2.3.EQUIPAMENTOS

Material	Periodicidade
Ambu adulto	30 dias
Maquina de Tosse	30 dias
Aspirador de secreção portátil	30 dias

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- **Os equipamentos** oxímetro de pulso, esfigmomanômetro e estetoscópio por se tratar de item 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. 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;



26200000741250

- 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 **P.R.S.**, município de **SALTO DO JACUÍ/RS**. Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.





26200000741250

Nome do documento: TR PRS JUN 26.pdf

Documento assinado por

Kimberly Sanco Keis

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 2841316017

Data

30/06/2026 11:55:33

