TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de NOVA BOA VISTA/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	24 horas/dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	3 vezes/mês
Fisioterapia	Atendimento com profissional de fisioterapeuta	4 vezes/semana
Nutricionista	Avaliação nutricional	1 vez/mês
Psicóloga	Sessão de psicologia	2 vezes/mês

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Ácidos graxos essenciais loção 200 ml	4 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Poltrona reclinável com rodízio	Diária

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.

Documento PROA Assinado

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 **J.R.B.,** município de NOVA BOA VISTA/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750

Documento PROA Assinado

Nome do documento: TR PWS ATUALIZADO DEZ 25.pdf

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
KARINE ZENATTI ELY	SES / DRE-NAJUR / 3942619	10/12/2025 15:47:34

Documento PROA Assinado