TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de São Luiz Gonzaga/RS, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial proferida no processo nº50079321620258210034 .

2. MEMORIAL DESCRITIVO:

2.1. ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR:

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Enfermeiro	Avaliação e prescrição de enfermagem	01 atendimento por semana, 03 vezes ao mês (01 atendimento ao mês ficará a cargo da SMS, totalizando 04 atendimentos mensais)
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia respiratória e motora	02 atendimentos por semana (01 atendimento semanal ficará a cargo da SMS, totalizando 03 atendimentos semanais)
Fonoaudiologia	Atendimento por fonoaudióloga	01 atendimento mensal
Nutricionista	Avaliação e atendimento nutricional	01 atendimento ao mês

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. EXCLUÍDOS DESTE TERMO DE REFERÊNCIA:

- Atendimento médico mensal: ficará a cargo da SMS;
- Cuidador: A contratação deste serviço não é de responsabilidade desta área técnica. Cuidador não é considerado profissional de saúde, não sendo possível identificar critérios para oferta desse atendimento.

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

Documento PROA Assinado

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 **N.B.**, município de **SÃO LUIZ GONZAGA/RS**. Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.

Documento PROA Assinado

Nome do documento: TR NB JUN 26.pdf

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Kimberly Sanco Keis	SES / DRE-NAJUR / 2841316017	12/06/2026 13:12:33

Documento PROA Assinado