TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Palmeira das Missões/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 Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	16 horas diárias, 7 dias por semana
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	03 atendimentos semanais (02 atendimentos semanais serão fornecidos pelo município)
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	02 atendimentos semanais
Nutricionista	Atendimento nutricional.	01 atendimento mensal (01 atendimento o município fornecerá)
Médico neurologista	Atendimento médico especializado	01 atendimento mensal

INSUMOS

TIPO	QUANTIDADE MENSAL
Travesseiro	01 unidade a cada 6 meses
Óleo de Girassol , frasco de 200 ml	02 frascos

*** As fraldas poderão ser adquiridas por meio do Programa Farmácia Popular, em estabelecimentos credenciados no município

*** Os itens cadeira de banho e colchão piramidal devem ser solicitados por meio do Centro Especializado em Reabilitação (CER), mediante encaminhamento da Unidade de Saúde de referência do paciente.

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.

Documento PROA Assinado

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.

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 ASC Municipio Palmeira das Missões/RS.
Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750

Documento PROA Assinado

Nome do documento: TR ASC ABRIL 2026.pdf

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Gabriela Cardoso	SES / DRE-NAJUR / 3540723	29/04/2026 08:18:31

