



**TERMO DE REFERÊNCIA**

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente, residente no município de Entre – Ijuí/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**

<b>TIPO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
Técnico de Enfermagem	Atendimento de técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação e prescrição de enfermagem.	2 atendimentos mensais (a serem realizados nas semanas que a paciente não for atendida pela SMS)
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória.	4 atendimentos semanais (a serem realizados nos dias que a paciente não for atendida pela SMS)

**INSUMOS**

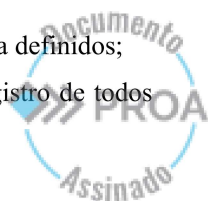
<b>Material</b>	<b>Quantitativo Mensal</b>
Seringa estéril descartável 60 ml com bico	10 unidades
Frasco para nutrição enteral 300 ml	15 unidades
Equipo simples para dieta enteral	15 unidades
Sonda de aspiração traqueal nº 12	180 unidades
Cadarço traqueal 12 mm – 10 mt	03 unidades
Compressa de gaze 7,5x7,5, estéril, pacote com 10 unidades	500 unidades
Soro fisiológico 0,9% 250 ml	10 unidades
Fita cirúrgica, com dorso microporoso de rayon, antialérgico, em rolo com no mínimo 25 mm de largura e 9 m de largura.	03 unidades

\*\*\* Os itens estetoscópio, esfigmomanômetro e oxímetro, como são de uso comum, devem ser fornecidos pela contratada.

**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.

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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **S.F.O.**, residente no município de Entre - IjuíS/RS.

**Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750**





**Nome do documento:** TR SFO Maio 26.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

04/05/2026 15:36:47

