



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de NÃO ME TOQUE/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
Médico pediatra	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Médico neurologista pediátrico	Atendimento médico especializado	1 atendimento a cada seis meses
Médico geneticista pediátrico	Atendimento médico especializado	1 atendimento a cada três meses
Nutricionista pediátrica	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal
Odontopediatra	Acompanhamento odontológico	1 atendimento a cada seis meses
Fisioterapia motora	Atendimento com fisioterapeuta	2 vezes ao dia
Fisioterapia respiratória	Atendimento com fisioterapeuta	2 vezes ao dia
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	1 vez por semana
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 vez por semana

INSUMOS

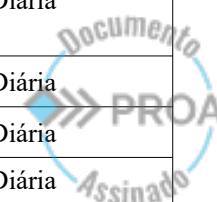
Material	Quantitativo Mensal
Cânula de traqueostomia sem balão	1 unidade
Sonda de gastrostomia tipo botton marca Mickey	01 unidade a cada 6 meses
Equipos de infusão para dieta enteral	62 unidades
Frascos para dieta enteral 500ml com tampa	62 unidades
Curativo espumado para traqueostomia Protecare	31 unidades
Fixador infantil para traqueostomia	7 unidades
Sondas de aspiração número 8	200 unidades
Extensor para sondas de aspiração	4 unidades
Luvas plásticas estéreis, pacote com 100 unidades	2 pacotes



Soro fisiológico 0,9% flaconetel 10 ml	100 unidades
Seringa descartável de 3ml	100 unidades
Seringa descartável de 20ml	31 unidades
Seringa dosadoras para medicação 5ml	100 unidades
Gazes não estéreis, pacote com 500 unidades	2 pacotes
Sensor pediátrico descartável de Oxímetro de pulso	5 unidades
Curativo em filme transparente em rolo 10cm x 10 cm	1 unidade
Bandagem Elástica Autoaderente Coban Bege 3M (50mmx4,5m)	1 unidade
Soro fisiológico frasco 500 ml	1unidades
TCM ou Óleo de girassol	2 unidades
Algodão disco pacote com 50 unidades	3 pacotes
Abaixador de língua com sabor	1 pacote
Dental Swab	31 unidades
Pomada para prevenção de assaduras bepantol baby caixa grande	4 unidades
Cavilon creme anti escaras	2 unidades
Cavilon spray	2 unidades
Fitas para medição do glicosímetro	150 unidades

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Aspirador elétrico de secreção traqueal	Diária
Aspirador de secreção traqueal manual para transporte	Diária
Oxímetro de mesa	Diária
Oxímetro de pulso portátil para transporte	Diária
Ressuscitador manual (Ambu) pediátrico	Diária
Estetoscópio pediátrico	Diária
Esfigmomanômetro pediátrico	Diária
Termômetro digital infantil	Diária
Bomba de infusão volumétrica, desenvolvida de acordo com os requisitos estabelecidos na norma NBR IEC 60601-2-24 com programação de vazão, tempo ou volume	Diária
Nebulizador compreensor G-tech nebdog rosa	Diária
Glicosímetro Accu-Chek	Diária
Cama ou berço hospitalar com cabeceira móvel colchão D-28 par de	Diária





grades motorizada	
Colchão pneumático	Diária
Válvula De Fala Passy-Muir PMV 007 (Verde)	Diária
Almofada triângulo	Diária
Kit de rolos para fisioterapia com tamanhos alternados	Diária
Almofada em gel	Diária
Bola para fisioterapia	Diária
Almofada para pescoço	Diária
Cadeira postural adaptada beck Klein	Diária
Cadeira para banho infantil	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.
 - 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 **C.L.M.**, município de NÃO ME TOQUE/RS Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750





24200001039290

Nome do documento: TR CLC.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

KARINE ZENATTI ELY

SES / DRE-NAJUR / 3942619

09/08/2024 13:58:43

