



TERMO DE REFERÊNCIA

1. **DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de Passo Fundo/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	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 7 dias por semana.
Enfermeiro	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	01 atendimento semanal
Fisioterapeuta	Sessões de fisioterapia respiratória e motora.	04 atendimentos ao dia (02 sessões de fisioterapia motora e 02 sessões de fisioterapia motora)
Fonoaudióloga	Atendimento fonoaudiológico.	02 atendimentos semanais
Nutricionista Pediátrico	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Terapia Ocupacional	Atendimento com profissional da terapia ocupacional	02 atendimentos semanais
Médico Pediatra	Atendimento por profissional médico pediátrico	02 atendimentos mensais
Médico Neurologista Pediátrico	Atendimento por profissional médico neurologista	01 atendimento a cada 3 meses
Médico Geneticista	Atendimento por profissional médico geneticista	01 atendimento a cada 6 meses
Médico Imunologista	Atendimento por profissional médico imunologista	01 atendimento a cada 6 meses
Odontopediatra	Atendimento por profissional odontopediátrico	01 atendimento a cada 6 meses

INSUMOS

MATERIAL	QUANTITATIVO MENSAL
Cânula de traqueostomia com balão em PVC número 4,5	01 + 01 reserva
Equipo não fotossensível para infusão	01
Cateter intravenoso periférico nº22 ou nº 24	03





Filme transparente estéril para fixação	01
Curativo espumado para traqueostomia 7x11cm	30
Sondas de aspiração número 8	200
Extensor para aspiração	05
Luvas plásticas estéreis	200
Soro fisiológico 0,9% flaconete 10 ml	200
Seringa descartável de 3ml	30
Seringa descartável de 20ml	30
Seringas dosadoras para medicação 5ml	30
Gazes pacote com 10 unidades	30
Frascos para dieta enteral 500ml com tampa	62
Equipos ponta grossa para dieta enteral	32
Filtro de barreira ou HME bacteriológico pediátrico	31
Sonda de Gastrostomia nº12	01 a cada 03 meses
Sensor pediátrico de Oxímetro de pulso	02
Curativo em filme transparente em rolo 10 cm x 10 cm	01 rolo
Fita adesiva antialérgica 25x10cm (micropore)	01 rolo
Pomada para prevenção de assaduras	01
Bandagem Elástica Autoaderente Coban Bege 3M (50mmx4,5m)	01
Protetor de barreira para área das fraldas	02

EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cama hospitalar com cabeceira moveis com grades	Diária
Aspirador elétrico de secreção	Diária
Estetoscópio pediátrico	Diária
Concentrador de oxigênio	Diária
Bomba de infusão volumétrica	Diária
Colchão D-33 para cama	Diária
Colchão Piramidal	Diária
Válvula De Fala Passy-Muir PMV 2001 (Roxa)	Diária
Garrote	Diária
Cuffometro medidor de pressão	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.

Beneficiário do atendimento domiciliar: **L.G.L.S.**, residente no município de PASSO FUNDO/RS.
Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200000718843

Nome do documento: TR LGLS OUT 2024.pdf

Documento assinado por

Órgão/Grupo/Matrícula

Data

Gabriela Cardoso

SES / DRE-NAJUR / 3540723

10/10/2024 14:55:50

