



## 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
Enfermeiro	Atendimento com profissional enfermeiro	01 atendimento por semana
Médico	Atendimento com profissional médico	01 atendimento mensal
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional fonoaudiologia	01 atendimento ao dia
Psicopedagogia	Atendimento com profissional de psicopedagogia	01 atendimento ao dia
Médico neurologista pediátrico	Atendimento com profissional neurologista pediátrico	01 atendimento a cada 2 meses
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	02 atendimentos ao dia
Terapia Ocupacional	Atendimento com profissional de terapia ocupacional	01 atendimento ao dia
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, todos os dias
Psicologia	Atendimento com profissional de psicologia	01 atendimento por semana
Nutrição	Atendimento com profissional nutricionista	01 atendimento a cada 15 dias

### INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Gaze estéril pacote com 10 unidades	30 unidades
Sondas de aspiração nº 06	230 unidades
Sondas de aspiração nº 08	230 unidades

### EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Cadeira de rodas adaptada reclinável em altura e profundidade, assento rígido e regulável, com cinta torácica, apoio de braços reguláveis, apoio de pés, cefálico e quadril reguláveis	Diária
Cunha de posicionamento	Diária
Meia lua de posicionamento	Diária
Pranchas de comunicação alternativa	Diária
Z-vibe	Diária



Massageador e vibrador facial e intraorais	Diária
Válvulas para trabalhar pressão subglótica	Diária
Poltrona reclinável em altura e profundidade, assento regulável, com cinta torácica, apoio de braços reguláveis, apoio de pés, cefálico e quadril reguláveis;	Diária
Colchão piramidal	Diária
Colchão pneumático	Diária
Guincho de transferência de paciente (entre maca e cadeira, cama banheiro) manual, com rede de sustentação de paciente)	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 E.E município de PASSO FUNDO/RS Código do Centro de custo DAHA: Demandas Judiciais 90750





24200001595974

**Nome do documento:** TR EE.pdf

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

21/11/2024 09:25:25

