



TERMO DE REFERÊNCIA

- DO OBJETO:** Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar, para paciente residente no município de PASSO FUNDO, de forma complementar do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento de decisão judicial.
- MEMORIAL DESCRITIVO**

ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Enfermeira	Supervisão da equipe de enfermagem, avaliação, procedimentos e prescrição de enfermagem.	1 atendimento mensal
Fisioterapeuta neurofuncional motora especializada em reabilitação em neuropediatria e conceito Bobath	Sessões de fisioterapia motora pelo método Bobath	3 atendimentos por semana
Fonoaudióloga especializada em disfagia e TR3	Atendimento fonoaudiológico.	3 atendimentos semanais
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	1 atendimento mensal
Médico Pediatra	Atendimento médico especializado	2 atendimentos mensais - De 15 em 15 dias
Médico neurologista	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Médico Pneumologista Pediátrico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Médico Gastroenterologista Pediátrico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Médico Ortopedista Pediátrico	Atendimento médico especializado	1 atendimento mensal
Terapeuta Ocupacional	Atendimento para Terapia Ocupacional	3 atendimentos semanais
Dentista	Acompanhamento por profissional Dentista	1 atendimento mensal

INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Fixador de traqueostomia adulto	30 unidades
Curativo para traqueostomia	30 unidades
Pomada nistatina + óxido de zinco	04 unidades
Pomada Bepantol Baby	04 unidades



Pomada Cetrilan	04 unidades
Gases Rayon	01 pacote
Cavilon Spray	02 unidades
Cavilon creme antiescaras	02 unidades
Dental Swab	30 unidades
Abaixador de língua	02 pacotes
Bandagem adesiva para fono e fisioterapia	04 rolos
Cânula de traquesostomia nº 06	1 a cada 3 meses
Sonda de aspiração nº 10	360 unidades
Luva plástica, individual, estéril	660 unidades
Sonda de Gastrostomia Mic Key para o tamanho da paciente	01 a cada 6 meses

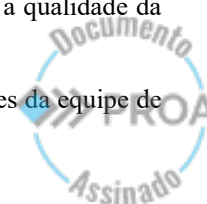
EQUIPAMENTOS

Equipamento	Quantidade
Almofada especial para cadeira de rodas com capa impermeável	Diária
Cama Hospitalar com colchão motorizada	Diária
AMBU	Diária
Concentrador elétrico de Oxigênio	Diária
Banheira adaptada para banho	Diária
Aspirador de sucção completo portátil, elétrico, bivolt, regulável de 0 à 23'Hg, regulação através de botão de alta sensibilidade	Diária
Estetoscópio infantil	Diária
Esfigmomanômetro 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.





24200001688158

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.G.O.M.**

Código do Centro de custo: Demandas Judiciais 90750





24200001688158

Nome do documento: TR EGOM DEZ 2024.pdf

Documento assinado por

Gabriela Cardoso

Órgão/Grupo/Matrícula

SES / DRE-NAJUR / 3540723

Data

13/12/2024 12:12:32

