



## 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





24200001595834

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

**Documento assinado por**

Gabriela Cardoso

**Órgão/Grupo/Matrícula**

SES / DRE-NAJUR / 3540723

**Data**

21/11/2024 09:21:00

