TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO: Contratação de Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care), para paciente residente no município de Bento Gonçalves/RS, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

2. MEMORIAL DESCRITIVO:

2.1. ATENDIMENTO PROFISSIONAL DOMICILIAR:

Tipo	Procedimento	Periodicidade
Técnico de Enfermagem	Atendimento do paciente por técnico de enfermagem.	24 horas por dia, 07 dias por semana
Enfermeiro	Supervisão e atendimento de enfermeiro	01 atendimento mensal
Nutricionista	Acompanhamento nutricional	01 atendimento mensal
Fonoaudiologia	Atendimento com profissional especializado	01 vez por semana, 04 atendimentos por mês
Fisioterapia	Sessões de fisioterapia motora e respiratória	01 vez ao dia, 07 vezes na semana
Médico Clínico	Atendimento de médico visitador	01 atendimento mensal

2.2. INSUMOS

Material	Quantitativo Mensal
Colchão pneumático	1 unidade a cada 6 meses
Colchão de solteiro hospitalar com capa impermeável	1 unidade a cada 6 meses
Cunha de posicionamento napa 30 x 50 x 50 cm	01 unidade anual
Rolo de posicionamento	01 unidade anual
Par de órteses AFO fixas para tornozelos/pés	01 unidade a cada 2 anos
Par de tala de PVC para punho, mãos e dedos	01 unidade anual
Almofada gel quadrada com orifício	01 unidade anual

2.3. LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

TIPO	PERIODICIDADE
Cama hospitalar motorizada com 8 movimentos 1037 REF:AS ou similar	30 dias
Cadeira de banho desmontável com apoio de pé rebatível em alumínio com trava nas rodas marca Hidrolight ou similar	30 dias
Cadeira de rodas reclinável com apoio de cabeça;	30 dias
Sistema de comunicação por rastreamento ocular Tobii Dynavox	30 dias

3. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- **Os equipamentos** oxímetro de pulso, estetoscópio, termômetro e esfigmomanômetro, por se tratarem de itens de uso comum e indispensáveis à prestação dos serviços, são de responsabilidade da contratada, cabendo a esta o seu fornecimento e disponibilização.
- **EPIs:** O fornecimento de todos os Equipamentos de Proteção Individual devem ser fornecidos pela contratada diretamente aos seus colaboradores.

4. CONTRATAÇÕES CORRELATAS (ITENS EXCLUÍDOS DESTE TR):

Os itens abaixo restam excluídos deste Termo de Referência pelos seguintes motivos:

- **Oxigenoterapia:** Aparelho de ventilação não invasiva domiciliar por pressão positiva binível (BiPAP) solicitado no atestado médico, deve ser fornecido via expediente próprio. Verificou-se PROA: 26/2000-0063360-1.

- **Medicamentos:** Fornecidos via expediente próprio, verificou-se PROA: 26/2000-0012854-0.
- **Poltrona "papai" reclinável**: Excluída do Termo de Referência por não se caracterizar como insumo, material ou equipamento de saúde, tratando-se de mobiliário de uso comum que não integra o objeto da contratação.
- **Atendimento psicológico uma vez por semana:** O Fornecimento ficará sob responsabilidade do município.
- **Médico Neurologista a cada 6 meses:** O Fornecimento ficará sob responsabilidade do município, conforme relato do mesmo: *"O autor passou por consulta com médico neurologista da rede municipal em 31/03/2026, oportunidade na qual foi avaliado e definida a necessidade de acompanhamento em serviço especializado de alta complexidade. Por se tratar de demanda de alta complexidade, a regulação municipal providenciou o agendamento de consulta especializada junto ao Hospital Pompéia, em Caxias do Sul, que é a referência regional para as necessidades clínicas decorrentes da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), estando a consulta agendada para o dia 29/06/2026."*

  Dentista: O atendimento faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal, que visa a universalização e integralidade do cuidado bucal. Desta forma, orienta-se que seja requerido ou juízo que o familiar busque a sua referência na Secretaria Municipal de Saúde.

5. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A contratada deverá:

1. Realizar os atendimentos contratados, conforme memorial descritivo nos termos acima definidos.

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.
   a. 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.
   b. A evolução de todos os atendimentos prestados, mesmo que por membros diferentes da equipe de atendimento de determinado serviço, deverá constar no mesmo prontuário.
   c. O prontuário do paciente deverá observar as orientações encartadas nas Resoluções CFM 1605/2000, CFM 1638/2002, CFM 1639/2002 e COFEN 429/2012;
   d. O prontuário do paciente deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo (s) profissional (is) responsável(is);

3. Apresentar, mensalmente, escala dos profissionais que prestaram atendimentos ao paciente, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo responsável técnico;

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.

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.

6. FISCALIZAÇÃO:

A fiscalização técnica e administrativa será realizada pelos servidores designados pela SES conforme a IN CAGE Nº 03/2023.

Observação: Fornecimento de Serviço de Atenção Domiciliar para **M.A.** município de **BENTO GONÇALVES/RS.** Código do Centro de custo DRE: Demandas Judiciais 90750.