

Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição 00120/24 ELAN VENAS MORELLI Data 16/02/2024
Descrição

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇO DE HOME CARE

Poder Fundos Municipais
Órgão FUNDO MUNIC.DE SAÚDE
Setor Solicitante FUND. MUN. DE SAUDE SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO
Centro de Custo 7 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Fornecedor

Observação
CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇO DE HOME CARE

Item	Cód. Produto	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	\$ Unit	Valor
------	--------------	----------------------	---------	------	---------	-------

1	003.004.159	Contratação de empresa especializada em serviços de instalação de "Home Care", com fornecimento de mão de obra (equipe multidisciplinar), locação de equipamentos e fornecimento de insumos e medicamentos.	MÊS	12	0,00	0,00
---	-------------	---	-----	----	------	------

*Paciente com 01 ano e 01 mês de vida, sexo masculino, apresentando encefalopatia hipóxico-isquêmica grave (CID P91.6), necessita de ventilação mecânica contínua através de traqueostomia e recebe dieta por gastrostomia.

Equipe multidisciplinar para acompanhamento de paciente, conforme abaixo:

- 1) Nutricionista - 01 consulta ao mês;
- 2) Médico Pediatra - 04 consultas ao mês (semanal);
- 3) Médico Neuropediatra - 02 consultas anuais (semestral);
- 4) Enfermeiro - 04 consultas ao mês (semanal);
- 5) Fonoaudióloga - (Sessão de no mínimo 60 minutos) - 07 sessões por semana (diária);
- 6) Médico Geneticista - 01 consulta anual;
- 7) Fisioterapeuta especialista em fisioterapia respiratória e motora (Sessão de no mínimo 60 minutos) - 07 sessões por semana (diária);
- 8) Técnico de enfermagem - 24 horas por dia.

*Todos os profissionais elencados poderão ser convocados a qualquer momento, de acordo com a necessidade do paciente e elencados pelo responsável técnico da empresa contratada, sem que este gere custo excedente ao contratante.

Equipamentos, sob regime de locação:

- 1) Berço hospitalar;
- 2) Cilindro de oxigênio (com válvula reguladora, fluxômetro e copo umidificador);
- 3) Aspirador portátil;
- 4) Bomba infusora para gastroclise de dieta;
- 5) Oximetria digital com cabo neonatal;
- 6) Glicosímetro;
- 7) Kit de macronebulização completo com circuito e tenda de traqueostomia pediátrica;
- 8) Reanimador manual completo modelo pediátrico;
- 9) Ventilador mecânico classificado como de suporte a vida com configuração para paciente pediátrico;
- 10) BIPAP;
- 11) Gerador combinado 6 Kwa Automático (Ou superior), com fornecimento de insumos;
- 12) Chave de transferência compatível com o gerador.

*Todos os equipamentos deverão ser compatíveis com as necessidades do paciente, sendo de responsabilidade da contratada a manutenção dos equipamentos em quantidades suficientes para qualquer eventualidade de suporte, bem como os encargos com manutenção preventiva e corretiva, visando o fornecimento ininterrupto do serviço prestado.

*É importante que a contratada certifique-se de adotar todas as medidas necessárias para a manutenção ininterrupta do serviço ofertado, ainda que em decorrência de falta energética regular.

Fornecimento de insumos:

- 1) Fixador de traqueostomia;
- 2) Sonda de aspiração traqueal nº 8;



Solicitação de Materiais / Serviços

- 3) Luva de procedimento;
- 4) Luva estéril;
- 5) Fraldas;
- 6) Curativo de espuma para traqueostomia;
- 7) Equipó de dieta para bomba infusora contínua;
- 8) Termômetro;
- 9) Estetoscópio;
- 10) Fita e lanceta para HGT;
- 11) Micropore e esparadrapo;
- 12) Gaze comum e estéril;
- 13) Soro fisiológico (ampola de 10ml);
- 14) Sonda fowley nº 16 (reserva);
- 15) Seringas: 5 ml, 10 ml e 60ml.

*Todos os materiais deverão ser compatíveis com as necessidades do paciente, sendo de responsabilidade da contratada a manutenção em quantidades suficientes para a realização de qualquer procedimento necessário, sem que este gere custo excedente ao contratante.

Medicações:

- 1) Pregomim: 120ml de 4/4 horas via GTT, em BIC 1 hora;
- 2) Growvit: Dar 6 gotas via GTT 1 vez ao dia;
- 3) Sulfato ferroso gts: Dar 17 gotas via GTT 1 vez ao dia;
- 4) Omeprazol (20mg/5ml AD): Dar 1,5ml via GTT 1 vez ao dia;
- 5) Mollitum suspensão: Dar 1,7ml via GTT de 8/8 horas (30 min pré-dieta);
- 6) Atropina colírio: Aplicar 2 gotas via sublingual de 8/8 horas;
- 7) Lacrime colírio: Aplicar 1 gota em cada olho 5 vez ao dia por orientação da oftalmologista;
- 8) Diproina gotas: Dar 6 gotas até de 4/4 horas via GTT, se dor ou Tax> 37,8°C;
- 9) Paracetamol gotas: Dar 6 gotas até de 4/4h horas via GTT, se dor ou Tax> 37,8°C;
- 10) Oclusão dos olhos com micropore, mantendo gaze úmida com soro fisiológico;
- 11) Simeticona gotas – Dar 6 gotas via GTT de 8/8 horas;
- 12) NaCl gel – Aplicar na GTT 4 vezes ao dia;
- 13) Fernobarbital gotas – Fazer 15 gotas via GTT 2 vezes ao dia;
- 14) Baclofeno.

*Todos os medicamentos deverão ser compatíveis com as necessidades do paciente, sendo de responsabilidade da contratada a manutenção em quantidades suficientes para o atendimento das recomendações médicas, sem que este gere custo excedente ao contratante. Em caso de substituição, este deverá ser realizado pela contratada (caso gere oneração, deverá ser notificada a contratante e procedido os trâmites legais para a requisição de reequilíbrio econômico-financeiro).

UTI móvel de emergência adaptada ao suporte do paciente:

Qualquer remoção necessária deverá ser realizada em UTI móvel adaptada com suporte ao paciente, sem que este gere custo excedente ao contratante.

Valor Total :

0,0

Secretário





MUNICIPIO SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO
RUA PROFESSORA MARIA EMÍLIA ESTEVES, Nº 691 - CENTRO
SJVRP/RJ - CEP: 25780-000
FONE (24) 2224-7404



CÓDIGO DE ACESSO
60D242C1030742CCA30C565FB0F6605C

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://sjvriopreto.flowdocs.com.br/public/assinaturas/60D242C1030742CCA30C565FB0F6605C>