

TERMO DE REFERÊNCIA /
DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

São José do Rio Preto, 25 de abril de 2024.

CI nº 36/2024/CER/DAE/SMS

1. (x) AQUISIÇÃO: Teste para Avaliação Neuropsicológica

OBJETO:			
Adquirir testes para aumento de oferta de avaliação neuropsicológica.			
JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:			
A Avaliação Neuropsicológica é um procedimento que consiste em investigação detalhada tendo como objetivo avaliar as funções cognitivas do indivíduo, tais como, atenção, memória, linguagem, entre outras. Além disso, o processo de avaliação também se concentra em aspectos sociais, emocionais e funcionais da pessoa. A partir das informações colhidas, pode-se estabelecer o Perfil Neuropsicológico do paciente, identificando suas potencialidades e dificuldades. Estas informações são muito importantes para auxiliar no diagnóstico e no planejamento de um tratamento mais eficiente. Esta avaliação é solicitada quando há a necessidade de um diagnóstico clínico mais amplo, podendo ser requerida por um psiquiatra ou neurologista, a depender do caso, para auxiliar na identificação das causas de problemas enfrentados pela pessoa no dia a dia. Uma parte fundamental da avaliação neuropsicológica é a administração de testes neuropsicológicos e questionários, além da observação e entrevistas clínicas. Ao final do processo, o(a) neuropsicólogo(a) emite um laudo neuropsicológico, que consiste em um documento com os resultados da avaliação, contendo a síntese dos resultados encontrados, com recomendações pertinentes ao caso, visando promover o desenvolvimento do paciente e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida. Atualmente contamos com demanda reprimida de 538 crianças aguardando para realizar avaliação neuropsicológica. Contamos com 2 kits para realização dos teste e 3 profissionais psicólogas habilitadas para o exame, além de uma residente em psicologia que também pode realizar os exames. Sendo assim a aquisição destes kits permitirá aumentar a oferta mensal de 9 avaliações neuropsicológicas no serviço, auxiliando na redução da demanda reprimida.			
PRAZO DE ENTREGA OU PRAZO DO CONTRATO:			
30 dias			
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2024			
DIRETRIZ	OBJETIVO	META	AÇÃO
DIRETRIZ Nº 2 – Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso.	OBJETIVO 2.1 – Garantir o acesso aos serviços ambulatoriais, diagnósticos e terapêuticos de média complexidade do município.	META 2.1.5 Garantir o acesso da pessoa com deficiência através da oferta de atendimentos de reabilitação de média e alta complexidade.	Ação Nº 1 – Implementar pactuações e intervenções de ações que assegurem a qualidade da atenção nos atendimentos de reabilitação, através de protocolos e



PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

PROTOCOLO DO SIGM Nº **2024127801**

			diretrizes clínicas, com vistas a garantir a segurança do paciente, com intervenções seguras e resolutivas, de modo articulado e compartilhado com a atenção primária, contribuindo para o aumento da sua resolubilidade.			
OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – “ODS”						
ODS		META				
3. Saúde e Bem Estar		3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.				
MATERIAL						
MATERIAIS DE CONSUMO						
Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
01						
TOTAL:						
MATERIAIS PERMANENTES						
Nº	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1	89329	Neupsilin-inf instrumento de europsic europsicológica breve infantil	KIT	01		
2	75429	Wisc Iv Escala De Inteligencia Wechsler Para Crianças	KIT	01		
TOTAL:						
SERVIÇOS						
Nº	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	UNID. DE MEDIDA	QTDE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
1						
TOTAL:						



QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Não se aplica.

REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Não se aplica.

MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO – CONDIÇÕES DE ENTREGA

O prazo de entrega dos bens é de 30 dias, contados do(a) a partir da data do empenho, em remessa única. O prazo poderá ser prorrogado, desde que justificado pela contratada e aceito pela contratante.

Correrão por conta da contratada todas as despesas de embalagem, seguros, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários, decorrentes da entrega e da própria aquisição dos produtos.

Os bens deverão ser entregues no seguinte endereço:

Almoxarifado da Saúde

Rua: Otávio Leão Fácio, 600 – Parque Industrial Tancredo Neves – São José do Rio Preto.

Telefone: 17 32164210

Horário de entrega: de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 16h00min.

GARANTIA MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Não se aplica

CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

Recebimento do Objeto

Os itens serão recebidos, juntamente com a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, pelo(a) almoxarifado da saúde que posteriormente encaminhará ao serviço.

O recebimento não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

INDICAÇÃO DE OUTRAS CONTRATAÇÕES INTERDEPENDENTES OU VINCULADAS:

Não se aplica

INDICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO

Isabela Cristina dos Reis Almeida – Psicóloga

Juliana Batista Sambugai – Psicóloga

Carolina de Sousa Rotta – Psicóloga

Gisele Gasques Molina – Enfermeira Administrativa

Regina Helena Squizzato – Enfermeira – Gerente do Serviço

FONTE DE RECURSOS:

() **Convênio** – Descrição: _____

() **Programa** – Descrição: _____

RESERVADO PARA INFORMACOES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FICHA	FONTE	N. DESP.	SUB. EL.	ITEM	SUB ITEM	CÓD. APLIC	VALOR

NUMERO DO CONVENIO/LEGISLAÇÃO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SAÚDE

PROTOCOLO DO SIGM Nº **2024127801**

ANO DO CONVÊNIO/LEGISLAÇÃO: _____
VALOR DO REPASSE R\$ _____
VALOR DA CONTRA PARTIDA R\$ _____
____/____/____, _____
CAMINHO ONDE O TERMO DE REFERENCIA E OS ANEXOS FORAM SALVOS NA PASTA TRANSPARENCIA:
\\sms21\Transparencia\DEPARTAMENTOS\04.DAE\01.DEPARTAMENTO\1. Programação de Compras\TRs-2024\CER

ASSINA O ORIGINAL

Regina Helena Squizzato
Gerente do Centro Especializado em Reabilitação – CER III

Maria Amélia Zanon Ponce da Rocha
Chefe do Departamento de Atenção Especializada
De acordo

Diene Heiri Longhi Trajano
Assessora Especial – DAE
De acordo

1. Considerando a justificativa apresentada pelo departamento requisitante.
Considerando a manifestação formal do Fundo Municipal de Saúde sobre a disponibilidade orçamentária para realizar a despesa.

De acordo.

2. Às formalidades legais.

São José do Rio Preto, __ de _____ de 2024.

Adilson Vedroni
Secretário Municipal de Saúde

