



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. OBJETO**

**1.1** Compreende o objeto deste certame o registro de preço para a eventual realização de exames com finalidade diagnóstica junto ao Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição.

### **2. JUSTIFICATIVA**

**2.1** A presente contratação se faz necessária tendo em vista o atendimento a demanda de exames com finalidade diagnóstica que visam suprir a necessidade dos pacientes portadores de patologias que requerem análises complementares para finalizar o diagnóstico médico, cuja oferta de prestadores de serviços na rede seja inexistente ou insuficiente, no âmbito do Sistema Único da Saúde-SUS.

### **3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:**

**3.1** A empresa vencedora do certame deverá prestar os serviços dentro do prazo determinado, conforme especificações;

**3.2** Deverá ser respeitado a distância percorrida máxima para local de realização dos exames licitados de 90km do município de Santa Cruz da Conceição;

**3.3** Deverá ser respeitado a distância máxima para o local de realização dos exames licitados no lote 6 sendo o limite os municípios que fazem parte da CIR DE ARARAS (Araras, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição e Conchal);

**3.4** Referente ao Lote 8 de colonoscopia ambulatorial, o prestador deverá realizar o exame em até 72 horas após solicitação feita pelo setor responsável quando se tratar de exame de urgência e/ou emergência, deverá no local a ser realizados os exames com acesso fácil para ambulâncias e rampa de acesso para cadeiras de rodas, os resultados dos exames deverão ser fornecido no mesmo dia e se necessário biópsia, o resultado dos anátomos patológicos deverão ser fornecidos em até 14 dias corridos.

**3.6** Deverá ser fornecido laudo médico do exame caracterizado como urgência e emergência em até 4 horas após realização;

**3.7** Deverá ser fornecido laudo médico do exame eletivo em até 5 dias uteis após realização do mesmo;

**3.8** A execução dos exames eletivos deverá ocorrer em até 10 dias uteis após a solicitação de agendamento feita pelo setor de Regulação do Município de Santa Cruz da Conceição; Exames de urgência ou emergência que deverão ser realizados em até 4 horas após solicitação feita pelo setor responsável e não terão acréscimo no valor;



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**3.9** Deverá ser fornecida, junto à nota fiscal a descrição e a quantidade dos exames e constar nas observações o número do pregão;

**3.10** Sempre que solicitado, o fornecedor deverá prestar esclarecimentos e atender a reclamações que possam surgir durante a execução do contrato;

**3.11** Todas as Notas Fiscais emitidas deverão ser eletrônicas e enviadas para o e-mail [nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br](mailto:nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br) para contabilização e pagamento;

**3.12** As empresas participantes do certame deverão fornecer Atestado de Capacidade Técnica.

**3.13** A empresa vencedora do certame deverá apresentar documento comprovando cadastro ativo no CNES, com responsável técnico pelos exames habilitado para atendimento SUS, alvará da vigilância sanitária válido e atualizado e cadastro ativo no CREMESP.

## **4. ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DOS APARELHOS PARA CARÁTER DE CLASSIFICAÇÃO:**

**4.1 RESSONANCIA MAGNÉTICA:** Aparelho com característica mínima de 1,5 tesla de potência com campo fechado.

**4.2 TOMOGRAFIA:** Aparelho Multislices com mínimo de 16 canais que permita construção tridimensional

## **5. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:**

**5.1.** Os serviços serão executados mediante agendamento do dia, hora, local determinado, com o fornecimento de preparos, orientações para a execução do procedimento, exames laboratoriais específicos, quando necessário, para a realização dos procedimentos.

**5.2.** Os serviços prestados referente aos exames de RX: deverão acontecer por livre demanda, de segunda-feira a sexta-feira, em horário comercial; Os exames somente poderão ser realizados mediante a apresentação de pedido médico com carimbo de autorização do setor de regulação do município ou carimbo de autorização do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição.

**5.3.** Os serviços serão executados mediante encaminhamento de Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) ou Requisição de Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT), devidamente preenchida com dados do usuário do SUS, com a devida prescrição médica do procedimento pelo médico assistente solicitante e carimbada pelo Setor de Regulação do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição;

**5.4.** O atendimento será realizado em horário comercial, exceto exames de urgência ou emergência que poderão ser realizados em qualquer dia e horário da semana;

**5.5.** Em hipótese alguma, o prestador do serviço poderá realizar qualquer cobrança relativa ao tratamento, diretamente ao usuário, familiar ou seu responsável, por serviços cobertos pelo Contrato, bem como orientar o usuário a pleitear o reembolso posterior junto ao Município de



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Santa Cruz da Conceição. É expressamente vedada a cobrança de valores adicionais, a qualquer título, por parte do prestador dos serviços, em relação aos usuários;

**5.6** Encaminhar ao Setor de Compras juntamente com nota fiscal o arquivo contendo os dados referentes aos usuários que realizaram o procedimento para alimentação do Sistema de Informações Ambulatorial (SIA), conforme cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde;

**5.7.** Desenvolver diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação dos serviços que se relacionem especificamente ao objeto do Contrato, sob pena de rescisão contratual imediata;

## **6. DA FISCALIZAÇÃO:**

**6.1.** Caberá a Diretora do Departamento de Saúde a fiscalização dos serviços prestados pela empresa contratada, a qual deverá ser fornecido todas as informações solicitadas.

**6.2.** Sempre que solicitado, a contratada deverá prestar esclarecimentos e atender a reclamações que possam surgir durante a execução do contrato.

## **7. FORMA DE PAGAMENTO.**

**7.1.** O pagamento das despesas decorrentes da presente licitação será efetuado pelo município em até 30 (trinta) dias, contados da data da emissão de nota fiscal/fatura da prestação de serviços, na forma de Boleto ou Ordem Bancária em conta corrente indicada pela contratada, mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais/Faturas, com os devidos atestes do responsável pelo acompanhamento.

**7.2.** Para o faturamento, mês a mês deverá ser enviado ao e-mail [regulacao@santacruzdaconceicao.sp.gov.br](mailto:regulacao@santacruzdaconceicao.sp.gov.br) relatório de exames realizados, contendo nome do paciente, data de nascimento, data de atendimento, nome do exame; após conferência e aprovação, a contratada deverá aguardar autorização para emissão da nota fiscal;

**7.3.** Todas as Notas Fiscais emitidas deverão ser eletrônicas e enviadas para o e-mail [nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br](mailto:nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br) para contabilização e pagamento.

## **8. PRAZO DE ENTREGA E PERIODICIDADE**

**8.1.** O presente registro de preços terá validade de 12 (doze) meses.

**8.2.** Os resultados dos exames realizados deverão ser entregues em no máximo 05 (cinco) dias úteis.

**8.3.** Os exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser entregues com laudo em no máximo 04:00 horas após realização do mesmo.



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **9. LOCAL DA ENTREGA**

**9.1.** O local de entrega está localizado dentro do Município de Santa Cruz da Conceição, sendo de obrigação do contratado a entrega em prazo definido acima em endereço conforme segue:

Local: Unidade básica de saúde, sala de regulação, nº 370, Rua Gabriel Francisco, centro, Santa Cruz da Conceição.

## **10. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA / FINANCEIRA**

**10.1.** Os Recursos para execução do objeto deverão ser suportados por verbas orçamentárias próprias.

## **11. CRONOGRAMA**

**11.1.** Conforme solicitação.

## **12. FORMA DE JULGAMENTO**

**12.1** A forma de julgamento será por lotes de exames:

### **DESCRIÇÃO DOS LOTES E DOS RESPECTIVOS EXAMES CONTEMPLADOS EM CADA GRUPO:**

#### **LOTE 1 - CINTILOGRAFIA - Contempla:**

- Cintilografia óssea
- Cintilografia renal com dmsa e/ou dtpa
- Cintilografia do miocárdio em repouso
- Cintilografia do miocárdio em estresse físico ou farmacológico
- Cintilografia de tireoide
- Cintilografia de paratireoide

#### **LOTE 2 - DENSITOMETRIA - Contempla:**

- Densitometria Óssea



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **LOTE 3 - ELETRONEUROMIOGRAFIA - Contempla:**

- Eletroneuromiografia MMSS
- Eletroneuromiografia MMII
- Eletroneuromiografia Dos 4 Membros

## **LOTE 4 - RESSONANCIA MAGNETICA**

### **4.1 RESSONANCIA MAGNETICA (INCLUI CONTRASTE QUANDO SOLICITADO) - Contempla:**

- Ressonancia Magnetica De Coluna Cervical
- Ressonância Magnética De Coluna Lombar
- Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra
- Ressonância Magnética De Coluna Sacroccigea
- Ressonância Magnética De Coluna Toracica
- Ressonância Magnética De Coluna Total
- Ressonância Magnética Do Ombro Unilateral
- Ressonância Magnética Do Pé Unilateral
- Ressonancia Magnetica De Abdomem Total
- Ressonancia Magnetica De Pelve
- Ressonancia Magnetica De Cranio (encefalo)
- Ressonancia Magnetica De Supra Renal
- Ressonancia Magnética De Coração – Morfológico e Funcional
- Ressonância Magnética De Coração – Morfológico e Funcional +Perfusão +Estresse
- Ressonância Magnética De Coração – Morfológico e Funcional +Perfusão+Viabilidade Miocardica
- Ressonancia Magnética de Tórax (Mediatismo, pulmão, parede toracica)
- Ressonancia Magnética de Artérias - Membro Superior unilateral
- Ressonancia Magnética de Artérias - Membro Inferior unilateral
- Ressonancia Magnética de Joelho unilateral
- Ressonancia Magnética Articular (por articulação)
- Ressonancia Magnética de bacia (articulações sacroiliacas)
- Ressonancia Magnética base do cranio
- Ressonancia Magnética fetal



## *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

- Ressonancia Magnética plexo braquial (desfiladeiro toracico)
- Ressonancia Magnética abdomen superior (figado,pacreas,baço,rins,supr: renais,retroperitonio)
- Ressonancia Magnética de face (inclui seios da face)
- Ressonancia Magnética de quadril Unilateral
- Ressonancia Magnética bilateral de rins
- Ressonancia Magnética de Mamas bilateral
- Ressonância Magnética bolsa escrotal
- Ressonância Magnética De antebraço unilateral
- Ressonância Magnética De coxa unilateral
- Ressonância Magnética De Glúteos
- Ressonância Magnética De mão unilateral
- Ressonância Magnética De mastoide
- Ressonância Magnética multiparametrica de prostata
- Ressonância Magnética De órbitas bilateral
- Ressonância Magnética De perna unilateral
- Ressonância Magnética De sela túrcica (hipofise)
- Ressonância Magnética De tornozelo unilateral
- Ressonância Magnética De punho unilateral
- Ressonância Magnética toraco lombar
- Ressonância Magnética De pescoço (nasofaringe,orofaringe,laringe,traqueia,tireoide,paratireoide,glandulas,região cervical)
- Ressonância Magnética temporomandibular bilateral

### **4.2. RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR COM MÉDICO ANESTESISTA**

**(INCLUI TODAS DESCRITAS EM RESSONANCIA MAGNETICA)**

### **4.3. ANGIORM - Contempla:**

- angiorm de aorta toracica
- angiorm venosa
- angiorm arterial
- angiorm (cranio ou pescoço ou torax ou abdomen superior ou pelve) arterial e venosa



## *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

- angiorm venosa de membro superior unilateral
- angiorm venosa de membro inferior unilateral
- angiorm arterial de membro superior unilateral
- angiorm arterial de membro inferior unilateral
- angiorm de aorta abdominal

#### **4.4. HIDRORM: (COLANGIO-RM ou URO-RM ou MIELO-RM ou SIALO-RM ou CISTOGRAFIA POR RM)**

### **LOTE 5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

#### **5.1. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (INCLUI CONTRASTE QUANDO SOLICITADO) -**

##### **Contempla:**

- Tomografia Computadorizada Abdomen Total
- Tomografia Computadorizada Coluna Cervical
- Tomografia Computadorizada Coluna Lombar
- Tomografia Computadorizadas De Tórax
- Tomografia Computadorizada Mastóide ou Ouvidos
- Tomografia Computadorizadas Coluna Lombo-Sacra
- Tomografia Computadorizada De Cranio
- Tomografia Computadorizada De Órbitas
- Tomografia Computadorizada de Articulações
- Tomografia Computadorizada face (inclui seios da face)
- Tomografia Computadorizada Pelve
- Tomografia Computadorizada Abdômen Superior
- Tomografia Computadorizada Sela Túrcica
- Tomografia Computadorizada Mandíbula
- Tomografia Computadorizada Sacro-Ilíaca
- Tomografia Computadorizada Pescoço (partes moles, laringe)
- Tomografia Computadorizada Coluna Dorsal
- Tomografia Computadorizada Coluna Torácica
- Tomografia Computadorizada Temporomandibulares
- Tomografia Computadorizada Segmento Adicional da Coluna
- Tomografia Computadorizada Segmentos Apendiculares ou Articulações



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **5.2 ANGIOTOMOGRAFIA - Contempla:**

- angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdômen superior ou pelve) venosa ou arterial
- angiotomografia de aorta torácica
- angiotomografia de aorta abdominal
- angiotomografia arterial e venosa de membros inferiores
- angiotomografia de coronárias

## **5.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR COM MÉDICO ANESTESISTA**

**(INCLUI TODAS DESCRITAS EM TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS)**

## **LOTE 6 - RAIOS X**

### **6.1. RX - Contempla:**

- RX Tórax PA
- RX Tórax PA + PERFIL
- RX Abdômen Total
- RX do Pé
- RX Renal
- RX Crânio AP + LATERAL
- RX Pelve
- RX Coluna Cervical 3 INCIDENCIA
- RX Abdômen Superior
- RX Coluna Lombar
- RX Coluna Lombosacra
- RX Orelha
- RX da Face
- RX da Bacia
- RX do Ombro
- RX do Joelho
- RX da Mão
- RX Membro Superior
- RX Membro inferior
- RX Coluna Torácica
- RX Articulações



## *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

- RX Coluna Total
- RX Articulações Temporomandibulares Bilateral
- RX Mastoide
- RX Ossos da Face MN + LATERAL + HIRTZ
- RX Seios da Face FN + MN + LATERAL + HIRTZ
- RX Quadril
- RX Punho
- RX Dedo da Mão
- RX Tornozelo
- RX Coxa
- RX Cavum
- RX Calcaneo
- RX Sela Turcica AP + LATERAL + TO/FLEXÃO
- RX Abdomen Agudo 3 INCIDECIA

### **6.2 - RX CONTRASTADO - Contempla:**

- eed
- urografia excretora
- enema opaco
- uretrocistografia

### **LOTE 7 - RX PANORAMICO DE COLUNA TOTAL**

### **LOTE 8 - COLONOSCOPIA AMBULATORIAL - INCLUSO BIÓPSIA (ANATOMO PATOLOGICO), HISTOPATOLOGICO, POLIPECTOMIA E MUCOSECTOMIA QUANDO NECESSARIO**

---

Simone Knorre  
Diretora do Departamento de Saúde