



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 úteis após realização do mesmo;

3.8 A execução dos exames eletivos deverá ocorrer em até 10 dias úteis 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 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 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 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 (Mediastino, 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 torax ou abdomen 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