



# *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 Preços para a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de exames e interpretação de Ultrassonografia Geral, Doppler, serviço de exames de diagnose em cardiologia, serviço de biópsia e cintilografias.

### **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.** Descrição do aparelho de ultrassom - Especificações Técnicas:

Aplicação: Abdominal, Vascular, Ginecologia, Obstetrícia, Neonatal, Urologia, Pequenas partes e Músculo Esquelético. Conexão para 3 transdutores: convexo, linear e endo cavitário. É possível o aumento da resolução espacial e o contraste na área mediana da imagem. Imagem Trapezoidal - Aumento lateral do campo de visão dos transdutores lineares transformando a imagem retangular convencional em uma imagem trapezoidal. Composição espacial de imagens: Proporciona uma varredura de feixes em direções convencionais e oblíquas, resultando em uma imagem com mais informações, contraste e redução de artefatos. Rápida otimização: ajustes rápidos da imagem através de um único toque.

#### **3.2.** Descrição do aparelho de ecodoppler colorido – Especificações Técnicas:

Armazena imagens em movimento (batimento, pulsação e respiração). Visualização rápida da imagem salva. Possui Modo B, Modo M, Modo Color e Modo Power.

Modo 2D. Modo M. Pacote de cálculos simples (distância, área, circunferência e volume) e pacote de cálculos específicos para G/O, Vascular, Urologia, Eco Fetal e Cardiologia com relatórios. Medidas customizadas: usuário pode configurar, escolher a melhor apresentação e organização dos cálculos, aumentando a eficiência do seu trabalho. Banco de palavras em português.

Unidade Básica Monitor, Transdutor Convexo (2,0 à 5,0 mHz), Transdutor Endocavitário (4,0 a 9,0 mHz), Transdutor Linear (5,0 a 12 mHz).

**3.3.** Referente aos exames contemplados no lote 1 – para os exames cardiológicos os laudos deverão ser assinados por médico CARDIOLOGISTA reconhecido pelo CRM ou CFM.



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **4. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:**

**4.1.** Deverá ser respeitado a distância máxima para o local de realização dos lotes 1, 2, 3 e 4 sendo o limite os municípios que fazem parte da CIR DE ARARAS (Araras, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição e Conchal);

**4.2.** Referente ao lote 5, a distância máxima permitida para o local de realização dos exames será de 120 quilômetros percorridos.

**4.3.** Referente ao lote 1 - os exames cardiológicos eletivos deverão ser realizados em até 14 dias corridos após solicitação de agendamento; exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser realizados em até 24 horas após solicitação de agendamento e o laudo fornecido em até 4 horas após realização do exame; os laudos dos exames eletivos deverão ser entregues em até 3 dias após a realização do exame; os laudos deverão ser entregues impressos; as imagens deverão ser entregues impressas ou em CD;

**4.4.** Referente ao lote 2 - os exames de ultrassonografia geral eletivos deverão ser realizados em até 7 dias corridos após solicitação de agendamento, com agenda semanal; exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser realizados em até 24 horas após solicitação de agendamento e o laudo fornecido em até 4 horas após realização do exame; os laudos dos exames eletivos deverão ser entregues em até 3 dias após a realização do exame; os laudos deverão ser entregues impressos; as imagens deverão ser entregues impressas ou em CD; os exames de ultrassonografia geral poderão ser realizados na clínica do licitante vencedor ou no NASF (Núcleo de apoio a saúde da família) "Maria Lucia V. A. Tojal" End: Rua Dr. Jorge Tibiriça, 593 – Centro – Santa Cruz da Conceição/SP, a depender da necessidade e decisão do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição;

**4.5.** Referente ao lote 3 - os exames de ecodoppler eletivos deverão ser realizados em até 14 dias corridos após solicitação de agendamento; exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser realizados em até 24 horas após solicitação de agendamento e o laudo fornecido em até 4 horas após realização do exame; os laudos dos exames eletivos deverão ser entregues em até 3 dias após a realização do exame; os laudos deverão ser entregues impressos; as imagens deverão ser entregues impressas ou em CD;

**4.6.** Referente ao lote 4 – as biópsias eletivas deverão ser realizadas em até 14 dias corridos após solicitação de agendamento; as biópsias caracterizadas como urgência ou emergência deverão ser realizadas em até 24 horas após solicitação de agendamento; o material coletado deverá ser entregue ao paciente e orientado para que seja encaminhado ao setor de regulação para que seja dado andamento a análise do mesmo.



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**4.7.** Referente ao lote 5 – os exames eletivos deverão ser realizados em até 14 dias corridos após solicitação de agendamento; os exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser realizados em até 24 horas após solicitação de agendamento e o laudo fornecido em até 4 horas após realização do exame; os laudos dos exames eletivos deverão ser entregues em até 3 dias após a realização do exame; os laudos deverão ser entregues impressos; as imagens deverão ser entregues impressas ou em CD;

**4.8.** Os serviços serão executados mediante 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;

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

**4.10.** 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 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;

**4.11.** 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;

## **5. DA FISCALIZAÇÃO:**

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

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

## **6. FORMA DE PAGAMENTO.**

**6.1.** 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.

**6.2.** 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



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

paciente, data de nascimento, data de atendimento, nome do exame; após conferência e aprovação, a contratada deverá aguardar autorização para emissão da nota fiscal;

**6.3.** 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.

## **7. PERIODICIDADE**

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

## **8. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA / FINANCEIRA**

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

## **9. LOCAL DA ENTREGA DOS LAUDOS**

**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. CRONOGRAMA**

**10.1.** Conforme solicitação.

## **11. DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO**

**11.1.** Para critério de habilitação a licitante deverá apresentar Atestado de Capacidade Técnica; Comprovante de cadastro ativo no CNES, com responsável técnico habilitado para atendimento SUS; Alvará da vigilância sanitária válido e Cadastro ativo no CREMESP.

## **12. FORMA DE JULGAMENTO**

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

## **DESCRIÇÃO DOS RESPECTIVOS EXAMES CONTEMPLADOS EM CADA LOTE:**

### **LOTE 1 - EXAMES CARDIOLÓGICOS**

**a)** Deverá ser comprovado que o licitante possui vínculo com profissional de nível superior em Medicina registrado na entidade profissional competente, bem como comprovação de especialidade na área de Cardiologia.

**b)** Deverão ser contemplados no lote 1 os exames:



## *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL;  
EXAME HOLTER 24 HORAS;  
ECODOPPLERCARDIOGRAMA;  
TESTE ERGOMÉTRICO.

### **LOTE 2 - DOPPLER**

**a)** Deverá ser comprovado que o licitante de possui vínculo com profissional de nível superior em Medicina registrado na entidade profissional competente, bem como comprovação de especialidade na área de cirurgia vascular, diagnóstico por imagem, radiologia ou angiologia.

**b)** Deverão ser contemplados no lote 2 os exames:

DOPPLER AORTO -ILIACO;  
DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS;  
DOPPLER ARTERIAS RENAIIS;  
DOPPLER CAVO - ILIACO;  
DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL;  
DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL;  
DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL;  
DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL;  
DOPLER DE BOLSA ESCROTAL;  
DOPLER DE TIREOIDE;  
DOPLER OBSTETRICO;  
DOPLER OBSTETRICO GEMELAR;  
DOPLER DE ARTERIAS ABDOMINAIS;  
DOPLER DE PARATIREOIDE;  
DOPLER PENIANO COM E SEM FARMACO INDUÇÃO;  
DOPLER VEIA PORTA;  
DOPLER SUBCLAVIA E JULGULAR;  
DOPLER TRANSVAGINAL.

### **LOTE 3 - ULTRASSONOGRRAFIA**

**a)** Deverá ser comprovado que o licitante possui vínculo com profissional de nível superior em Medicina registrado na entidade profissional competente, bem como comprovação de especialidade na área de diagnóstico por imagem.

**b)** Deverão ser contemplados no lote 3 os exames:

ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR;  
ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL;



## *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO);  
ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES;  
ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA VIA TRANS RETAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA PELVE;  
ULTRASSONOGRRAFIA GLANDULAS SALIVARES;  
ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR UNILATERAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS;  
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GEMELAR;  
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTRETICO MORFOLOGICO;  
ULTRASSONOGRRAFIA PARÓTIDAS;  
ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA VIA ABDOMINAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS;  
ULTRASSONOGRRAFIA SUBMANDIBULAR;  
ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE;  
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA;  
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO INGUINAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA TESTICULO / BOLSA ESCROTAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR;  
ULTRASSONOGRRAFIA FOSSA ILIACA;  
ULTRASSONOGRRAFIA PENIANA;  
ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITONIO;  
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO COM TRANSLUCENCIA NUCAL;  
ULTRASSONOGRRAFIA TORAX;  
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA ENDOMETRIOSE;  
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA GINECOLOGICA;  
ULTRASSONOGRRAFIA HIPOCONDRIO DIREITO;  
ULTRASSONOGRRAFIA ELASTOGRAFIA HEPATICA;  
ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA.

### **LOTE 4 - BIÓPSIAS**

a) Deverão ser contemplados no lote 4 os exames:

BIÓPSIA DE PRÓSTATA;  
BIÓPSIA HEPÁTICA;  
CORE BIOPSY DE MAMA;



*Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PUNÇÃO DE MAMA;  
PUNÇÃO DE LINFONODO;  
PUNÇÃO DE TIREÓIDE;  
PUNÇÃO CERVICAL.

**LOTE 5 -**

- **CINTILOGRAFIA ÓSSEA**
- **CINTILOGRAFIA RENAL COM DMSA E/OU DTPA**
- **CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO EM REPOUSO**
- **CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO EM ESTRESSE**
- **CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE**
- **CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE**

---

Simone Knorre

Diretora do Departamento de Saúde