



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 diagnósticos Polissonografias, Cateterismos Cardíacos e Colangiopancreatografias Retrógradas Endoscópicas (CPRE) 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 120km do município de Santa Cruz da Conceição;

3.3 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 24 horas após solicitação feita pelo setor responsável e não terão acréscimo no valor;

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

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

4. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

4.1. 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.

4.2. Os serviços serão executados mediante encaminhamento de Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) ou Requisição de Serviços de Diagnose e Terapia (SADT), devidamente preenchida com dados do usuário do SUS, com a devida prescrição médica do



Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição

ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

procedimento pelo médico assistente solicitante e carimbada pelo Setor de Regulação do Departamento Municipal de Saúde de Santa Cruz da Conceição;

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

4.4. 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;

4.5. 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 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;

6.3. Todas as Notas Fiscais emitidas deverão ser eletrônicas e enviadas para o e-mail nfe@santacruzdaconceicao.sp.gov.br para contabilização e pagamento.

7. PRAZO DE ENTREGA E PERIODICIDADE

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

7.2. Os resultados dos exames eletivos deverão ser entregues em no máximo 05 (cinco) dias uteis.



Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição

ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

7.3. Os exames caracterizados como urgência ou emergência deverão ser entregues com laudo em no máximo 24 horas após realização do mesmo.

8. LOCAL DA ENTREGA

8.1. 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.

9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA / FINANCEIRA

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

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 menor preço unitário

DESCRIÇÃO DOS ITENS:

ITEM 1 - POLISSONOGRAFIA

ITEM 2 – CATETERISMO CARDÍACO

(Inclui-se material, medicamentos, catéteres e honorários médicos referentes ao exame)



Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição

ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

ITEM 3 - COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

(Inclui-se material OPME necessário, medicamentos e honorários médicos referentes ao exame. O exame será realizado com o paciente internado em outra instituição, sendo a contratação apenas para a realização do exame, excluindo taxas de internação.)

Simone Knorre

Diretora do Departamento de Saúde