



# *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 e Estudos Urodinâmicos Completos 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** 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 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 servidora Fernanda Maria Aranha de Albuquerque do Departamento de Saúde a fiscalização dos serviços prestados pela empresa contratada, à qual deverá ser fornecida 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 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.



# *Prefeitura Municipal de Santa Cruz da Conceição*

ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## **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 úteis.

**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; Licença sanitária válida 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 – POLISSONOGRAMA TIPO 2**

**ITEM 2 – ESTUDO URODINÂMICO COMPLETO**

Santa Cruz da Conceição, 18 de fevereiro de 2025

---

Simone Knorre

Diretora do Departamento de Saúde