

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – OBJETO

1.1. CREDENCIAMENTO DE EMPRESA PARA OFERTA O SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE, em atenção às demandas da **Secretaria Municipal de Saúde do município de Ulianópolis/PA**, conforme rotina adotada por esta, observados os prazos e procedimentos descritos neste **Termo**.

2 – JUSTIFICATIVA

O presente credenciamento tem como objetivo principal viabilizar atendimento de qualidade aos usuários do **Sistema Único de Saúde – SUS**, na modalidade exames de imagens de alta complexidade. Partindo do pressuposto, que a muitos dos pacientes atendidos no Município que necessitam de exames de tomografia para o diagnóstico e/ou tratamento de patologias. E após a situação pandêmica da COVID – 19 a demanda por esse tipo de exames aumentou significativamente ocasionando demanda reprimida e ocasionado transtornos para os usuários do SUS.

Outrossim, a ausência de contratação do **Objeto** proposto, para o **Sistema Municipal**, trará precariedade inquestionável na oferta dos serviços de saúde ofertados aos usuários do **SUS** em **Ulianópolis**, visto seu caráter essencial e que todos os processos de atendimento estão interligados e, ainda, na atual realidade diante da Pandemia da COVID - 19, deixar de contratar esses serviços seria não cumprir com a responsabilidade do cuidado com a saúde da população e com os deveres constitucionais.

3 – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços objeto deste Termo de Referência tem por finalidade a prestação de serviços de tomografia computadorizada para a realização de diagnóstico/ou tratamento de patologias dos pacientes que buscarem e/ou necessitarem de atendimento médico junto ao HOSPITAL MUNICIPAL DE ULIANÓPOLIS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PERTENCENTE EXCLUSIVAMENTE AO SUS;

3.2. Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do **SUS**;



3.3. O Proponente deverá receber os pacientes com solicitação devidamente registrado no sistema de Regulação Local, com a **Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial** devidamente preenchida e autorizada pela gestão Municipal;

3.4. Os exames de tomografia computadorizada deverão ser realizados nas dependências do Proponente;

3.5. O Proponente deverá demonstrar ter equipe de profissionais suficiente e devidamente capacitada para o atendimento do objeto deste Termo de Referência;

3.6. O Proponente deverá ter capacidade de realização dos seguintes exames de tomografia computadorizada, sem prejuízo de outros que venham a ser solicitados: cervical, lombar, torácica, face/seios da face/ATM, pescoço, sela túrcica, crânio sem contraste, articulações de membro superior, segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé), tórax sem contraste, hemitórax, pulmão ou mediastino **sem contraste**, abdome superior sem contraste, articulações do membro inferior, pelve/bacia/abdome inferior sem contraste, pelve/bacia/abdome inferior com contraste, tórax sem contraste, pescoço com contraste, crânio sem contraste, abdome superior sem contraste;

3.7. O Proponente deverá atender prontamente os pacientes encaminhados pela equipe médica do Hospital Municipal de Ulianoópolis para a realização do exame de tomografia computadorizada indicado na Guia de **Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial** nos casos de urgência e emergência devidamente autorizado pela gestão do Hospital Municipal de Ulianoópolis;

3.8. O Proponente, após a realização do exame de tomografia computadorizada, deverá lhe entregar a documentação comprobatória do respectivo, e agendar a data para a devida entrega do que não poderá ser superior a 24 horas;

3.9. O Proponente deverá encaminhar o Laudo indicado no Item 3.8 no prazo máximo de até 2 horas da realização do respectivo exame pelo paciente.

3.10. O Proponente deverá manter capacidade técnica e operacional para realizar, mensalmente, pelo menos 50 exames de tomografia computadorizada





Saúde



CNPJ 11.413.842/0001-91

3.11. O Proponente deverá disponibilizar atendimento e realizar os exames de tomografia computadorizada previstos e descritos neste Termo de Referência, 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive domingos e feriados

3.12. O Proponente deverá apresentar relatório mensal as guias de **Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial** autorizadas, com nome do paciente a disposição para conferência da **Secretaria Municipal de Saúde**.

3.13. Os relatórios deverão ser apresentados em 3 (três) vias, sendo que 1 (uma) será encaminhada para a **Prefeitura Municipal**, juntamente com a Nota Fiscal de Prestação de Serviço; 1 (uma) ficará na **Secretaria de Saúde**, com o responsável pela fiscalização dos serviços; e, 1 (uma) ficará com a empresa.

3.14. A **Secretaria Municipal de Saúde** realizará avaliação dos serviços prestados pela Proponente, através de servidores designados;

3.15. O Proponente deverá atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços.

3.16. Responsabilizar-se o Proponente por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar aos pacientes encaminhados para exames.

3.17. O Proponente deverá executar os seus serviços com zelo, qualidade e eficiência, objetivando o interesse dos usuários do SUS em suas especificidades.

4 – LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO SERVIÇO

4.1. Os exames de Tomografia Computadorizada sem Contraste, serão Realizados no Município de Ulianópolis/PA em espaço físico da Proponente, atendendo as especificações técnicas para a sala de realização dos exames, bem como os demais requisitos impostos pela normativa vigente.

5 – PRAZO DE ENTREGA

5.1. Os resultados dos exames serão entregues conforme os prazos acima identificados no item 3.8.

7 – ESTIMATIVA DE VALOR

7.1. A estimativa do valor global dos serviços é de **R\$: 175.000,00** (Cento e Setenta e Cinco Mil Reais).



Saúde



CNPJ 11.413.842/0001-91

7.2. Os valores de cada Tomografia obedeceram a tabela SUS e suas especificidades;

7.3. O valor do **Contrato** poderá ser aditado conforme determina a **Lei Federal nº- 8.666/93**.

8 – RECURSO E FORMA DE PAGAMENTO

8.1. O pagamento será realizado com o atendimento integral das requisições, após conferência, em até 30 dias da entrega da Nota fiscal e relatórios exigidos neste **Termo**.

8.2. Os pagamentos serão efetuados mediante depósito bancário em conta corrente do credor, ou outra forma, a critério da **Administração Pública Municipal**.

8.3. O **Município** efetuará o pagamento de acordo com o número de exames realizados, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas por este, através de agente da **Secretaria Municipal de Saúde** especialmente designado pelo **Secretário Municipal de Saúde** para esse fim.

8.4. O pagamento estará condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscal, conforme disposto no **art. 71 da Lei Federal nº 8.666/93**.

8.5. O recurso para pagamento será:

MAC – 2068

Exercício 2022

Classificação Econômica – 3.3.90.39.00

Recurso Próprio – 2073

Exercício 2022

Classificação Econômica – 3.3.90.39.00

Covid-19 – 2072

Exercício 2022

Classificação Econômica – 3.3.90.39.00

9 – DISPOSIÇÕES GERAIS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

9.1. Como exigência imprescindível para a formalização e manutenção do **Contrato**, a empresa proponente/credenciada deverá atender às seguintes condições:

9.1.1. Estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

9.1.2. Comprovar aptidão através de 02 (dois) atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, da prestação de serviços de complexidade tecnológica ou operacional similares;

9.1.3. Realizar os exames de tomografias obedecendo as especificações constantes neste termo de referência;

9.1.4. Os valores a que se refere este item poderão sofrer alterações diferentes dos divulgados na **Tabela Unificada de Procedimentos SIGTAP** desde que as alterações

sejam devidamente autorizadas pelo Conselho Municipal de Saúde, após decorrido 12 meses da vigência contratual;

9.1.5. Demonstrar participação em pelo menos um Programa Nacional de Controle de Qualidade, apresentando relatório expedido por empresa certificada pela ANVISA;

9.1.6. Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde;

9.2. É também imprescindível para a contratação dos serviços a apresentação de Alvará e Licença Sanitária emitida por Órgão Oficial.

9.3. A quantidade mensal de tomografias a ser realizado será definida de acordo com a demanda da **Secretaria Municipal de Saúde**;

9.4. O Proponente fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização dos exames de Tomografia Computadorizada;

10 – TABELAS DE PROCEDIMENTOS DO SUS DIVIDIDAS POR FONTES DE RECURSOS

FONTES DE RECURSO: MAC + PRÓPRIO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANT	VALOR UNITÁRIO SUS	VALOR TOTAL MAC	VALOR UNITÁRIO CONTRAP. (PRÓPRIO)	VALOR TOTAL CONTRAP. (PRÓPRIO)	VALOR FINAL UNITÁRIO	VALOR FINAL GLOBAL (MAC+PRÓPRIO)
206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	40	86,75	3.470,00	163,25	6.530,00	250,00	10.000,00
206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	40	101,10	4.044,00	148,90	5.956,00	250,00	10.000,00
206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	40	86,75	3.470,00	163,25	6.530,00	250,00	10.000,00
206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	30	86,75	2.602,50	163,25	4.897,50	250,00	7.500,00
206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	30	86,75	2.602,50	163,25	4.897,50	250,00	7.500,00
206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	100	97,44	9.744,00	152,56	15.256,00	250,00	25.000,00
206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	25	86,75	2.168,75	163,25	4.081,25	250,00	6.250,00
206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	30	136,41	4.092,30	113,59	3.407,70	250,00	7.500,00
206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	110	138,63	15.249,30	111,37	12.250,70	250,00	27.500,00
206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	25	86,75	2.168,75	163,25	4.081,25	250,00	6.250,00
206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOME INFERIOR	110	138,63	15.249,30	111,37	12.250,70	250,00	27.500,00
VALORES				64.861,40		80.138,60		145.000,00

FONTES DE RECURSO: COVID-19 + PRÓPRIO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANT	VALOR UNITÁRIO SUS	VALOR TOTAL COVID-19	VALOR UNITÁRIO CONTRAP. (PRÓPRIO)	VALOR TOTAL CONTRAP. (PRÓPRIO)	VALOR FINAL UNITÁRIO	VALOR FINAL GLOBAL (COVID+PRÓPRIO)
206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	120	136,41	16.369,20	113,59	13.630,80	250,00	30.000,00
VALOR TOTAL				16.369,20		13.630,80		30.000,00



Saúde



CNPJ 11.413.842/0001-91

10.1. O valor total dos serviços por Fontes de Recursos e o valor global estimado correspondem:

10.1.1. **Recursos Próprios: R\$: 93.769,40** (Noventa e três mil, setecentos e sessenta e nove reais e quarenta centavos).

10.1.2. **Repasse Fundo a Fundo – MAC: R\$: 81.230,60** (Oitenta e um mil, duzentos e trinta reais e sessenta centavos).

10.1.2. **Recurso Covid-19 Repasse Fundo a Fundo R\$: 16.369,20** (dezesseis mil, trezentos e sessenta e nove reais e vinte centavos).

10.2. **Valor Global: R\$: 175.000,00** (Cento e Setenta e Cinco Mil Reais).

11 – DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

11.1. A Contratante se obriga a proporcionar à Contratada todas as condições necessárias ao pleno cumprimento das obrigações decorrentes do Termo Contratual, consoante estabelece a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

11.2. Fiscalizar e acompanhar a execução do objeto contratual;

11.3. Comunicar à Contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução do objeto contratual, diligenciando nos casos que exigem providências corretivas;

11.4. Providenciar os pagamentos à Contratada à vista das Notas Fiscais/Faturas devidamente atestadas pelo Setor Competente.

Ulianópolis/PA, 24 de março de 2022.


ADONIAS CORRÊA DA SILVA
Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 009/2021