

ANEXO I

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IGUARACY PREGÃO ELETRÔNICO Nº 0042/2021

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO E JUSTIFICATIVA

1.1- O objeto desta licitação é PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE exame de Ultrassonografias, Imagens e Consultas destinados ao atendimento dos usuários da saúde municipal, de acordo com o Termo de Referência de que trata o Anexo I, que faz parte integrante deste edital, para o exercício de 2021, conforme especificações e quantitativos estabelecidos no Termo de Referência, nas quantidades e especificações mínimas constantes da planilha a seguir:

1.2. Justifica-se a contratação requisitada, para a prestação de serviços de apoio diagnóstico, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), para os quais o Município não conta com a estrutura e os recursos humanos necessários, proporcionando qualidade nos atendimentos aos usuários da saúde municipal.

ITEM	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	UNIDADE	QUANT.	P. MEDIO	P.TOTAL
1	USG ABDOMEN TOTAL	UND.	100	92,33	9.233,00
2	USG ARTICULAÇÕES	UND.	20	82,67	1.653,40
3	USG BOLSA ESCROTAL - TESTÍCULO	UND.	20	82,33	1.646,60
4	USG MAMA	UND.	40	82,33	3.293,20
5	USG MORFOLÓGICA	UND.	100	143,33	14.333,00
6	USG OBSTETÍCIA	UND.	100	82,33	8.233,00
7	USG OBSTETRÍCIA COM DOPPLER	UND.	50	103,33	5.166,50
8	USG PÉLVICA	UND.	80	82,67	6.613,60
9	USG PESCOÇO - TIREOIDE - CERVICAL	UND.	60	82,67	4.960,20
10	USG PRÓSTATA TRANSRETAL	UND.	60	82,67	4.960,20
11	USG RENAL	UND.	40	82,33	3.293,20
12	USG TRANSVAGINAL	UND.	80	82,67	6.613,60
13	MAMOGRAFIA	UND.	100	82,00	8.200,00
14	DENSITOMETRIA	UND.	100	163,33	16.333,00
15	TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL C/ CONTRASTE	UND.	30	619,33	18.579,90
16	TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL S/ CONTRASTE	UND.	30	511,67	15.350,10
17	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR OU INFERIOR C/ CONTRASTE	UND.	20	420,00	8.400,00
18	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR OU INFERIOR S/ CONTRASTE	UND.	20	333,33	6.666,60
19	TOMOGRAFIA CRANIO C/ CONTRASTE	UND.	10	423,33	4.233,30
20	TOMOGRAFIA CRANIO S/ CONTRASTE	UND.	10	326,67	3.266,70



21	TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES C/ CONTRASTES	UND.	5	426,67	2.133,35
22	TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES S/ CONTRASTES	UND.	5	333,33	1.666,65
23	TOMOGRAFIA FACE C/ CONTRASTE	UND.	10	426,67	4.266,70
24	TOMOGRAFIA FACE S/ CONTRASTE	UND.	10	333,33	3.333,30
25	TOMOGRAFIA COLUNA C/ CONTRASTE (CERVICAL, LOMBAR OU TORÁXICA)	UND.	10	426,67	4.266,70
26	TOMOGRAFIA COLUNA S/ CONTRASTE (CERVICAL, LOMBAR OU TORÁXICA)	UND.	10	333,33	3.333,30
27	TOMOGRAFIA TORAX C/ CONTRASTE	UND.	10	405,33	4.053,30
28	TOMOGRAFIA TORAX S/ CONTRASTE	UND.	10	305,33	3.053,30
29	RESSONÂNCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL C/ CONTRASTE	UND.	10	960,00	9.600,00
30	RESSONÂNCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL S/ CONTRASTE	UND.	10	823,33	8.233,30
31	RESSONÂNCIA MAGNETICA CRANEO C/ CONTRASTE	UND.	5	671,67	3.358,35
32	RESSONÂNCIA MAGNETICA CRANEO S/ CONTRASTE	UND.	5	523,33	2.616,65
33	RESSONÂNCIA MAGNETICA DAS ARTICULAÇÕES C/ CONTRASTE	UND.	2	643,33	1.286,66
34	RESSONÂNCIA MAGNETICA DAS ARTICULAÇÕES S/ CONTRASTE	UND.	2	523,33	1.046,66
35	RESSONÂNCIA MAGNETICA DA FACE C/ CONTRASTE	UND.	2	643,33	1.286,66
36	RESSONÂNCIA MAGNETICA DA FACE S/ CONTRASTE	UND.	2	533,33	1.066,66
37	RESSONÂNCIA MAGNETICA DA COLUNA C/ CONTRASTE (CERVICAL OU LOMBAR OU TORÁXICA)	UND.	5	673,33	3.366,65
38	RESSONÂNCIA MAGNETICA DA COLUNA S/ CONTRASTE (CERVICAL OU LOMBAR OU TORÁXICA)	UND.	5	546,67	2.733,35
39	RESSONÂNCIA MAGNETICA DO TORAX C/ CONTRASTE	UND.	5	653,33	3.266,65
40	RESSONÂNCIA MAGNETICA DO TORAX S/ CONTRASTE	UND.	5	533,33	2.666,65
41	ELETROENCEFALOGRAMA	UND.	50	165,00	8.250,00
42	VIDEONASOLARINGOSCOPIA	UND.	60	256,67	15.400,20
43	CONSULTA NEUROLOGICA	UND.	50	188,33	9.416,50
44	CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA	UND.	30	188,33	5.649,90
45	CONSULTA ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	UND.	50	180,00	9.000,00
46	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	UND.	30	190,00	5.700,00
47	CONSULTA OTORRINO	UND.	50	190,00	9.500,00
48	CONSULTA VASCULAR	UND.	30	255,33	7.659,90
49	CONSULTA MASTOLOGIA	UND.	30	198,33	5.949,90
50	CONSULTA PEDIATRIA	UND.	30	177,67	5.330,10
51	CONSULTA PROCTOLOGISTA	UND.	30	197,67	5.930,10
					305.450,54



DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SERVIÇOS

- a) Os exames a serem realizados serão aqueles solicitados pelos profissionais da Rede Municipal de Saúde.
- b) A coleta deverá ocorrer na cidade de Iguaracy/PE, de forma a evitar o descolamento dos usuários para outras localidades, de segunda a sexta feira, no horário de expedientes; A contratada deverá manter profissional habilitado à distância, em regime de sobreaviso 24 (vinte e quatro) horas por dia, para atendimento de casos de urgência e emergência.
- c) O prazo máximo admitido para a liberação dos resultados será de 05 (cinco) dias úteis para os exames de análises clínicas e de até 06 (seis) horas para os exames de urgência / emergência, contados a partir da coleta dos respectivos materiais.
- d) Somente serão aceitos fora dos prazos acima os exames cuja técnica necessite de um período maior para sua liberação.
- e) A prestação de serviços destina-se aos pacientes atendidos no nas Unidades Básicas de Saúde, e encaminhados através de requisição de exames.
- f) O laboratório ou posto de coleta deverá atender às Normas Sanitárias vigentes.
- g) Deverá ser garantido o sigilo dos dados e informações dos pacientes.
- h) O pessoal envolvido na realização dos serviços deverá se apresentar devidamente uniformizado e com crachá de identificação.
- i) O laboratório deverá executar os serviços responsabilizando-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais fiscais e comerciais, resultante de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.
- j) A contratada deverá apresentar solução rápida e efetiva de problemas gerados na realização dos exames ou de atrasos junto ao paciente, médico e Secretaria Municipal de Saúde.

II - PRAZO DE ENTREGA

- a) O prazo máximo admitido para a liberação dos resultados será de 05 (cinco) dias úteis para os exames de análises clínicas e de até 06 (seis) horas para os exames de urgência / emergência, contados a partir da coleta dos respectivos materiais.
- b) Somente serão aceitos fora dos prazos acima os exames cuja técnica necessite de um período maior para sua liberação.

III - LOCAL DE ENTREGA

- 3.1 - A entrega deverá ser efetuada na Sede da Secretaria de Saúde Municipal de Iguaracy, nas, com a respectiva Nota Fiscal;
- 3.2 - Quando do recebimento dos serviços, que será feito por funcionários designados, no local da entrega, será verificada a quantidade e a qualidade do que for entregue. No caso de entrega dos serviços fora das condições normais de utilização, o funcionário receptor fará constar a ressalva na nota fiscal e enjeará o(s) itens(s), para posterior substituição pela licitante vencedora, sem prejuízo das penalidades a essa cabíveis;
- 3.3- Juntamente com os exames deverá ser entregue a Nota Fiscal correspondente.

IV - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO



4.1 - O pagamento poderá ser efetuado em até 30 (trinta) dias após a manifestação favorável do Setor fiscalizante na Nota Fiscal Eletrônica (NFe) apresentada, ficando assegurado o prazo de 05 (cinco) dias para a emissão de tal manifestação.

4.1.1- Para a aquisição de bens a NFe deverá ser emitida em acordo com o estabelecido em lei.

4.2 - Havendo erro na NFe ou descumprimento das condições pactuadas, a tramitação da NFe será suspensa para que a Contratada adote as providências necessárias a sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data do aceite da NFe, reapresentada nos mesmos termos do item 4.1.

4.3 - Quaisquer pagamentos não isentarão a Contratada das responsabilidades contratuais.

4.4 - Havendo atraso no pagamento, sobre o valor devido incidirá correção monetária com base no IBGE, bem como juros de mora a razão de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, calculado "pro rata tempore" em relação do atraso verificado, salvo aquele ocasionado pela situação prevista no item 4.2.

V – GARANTIA

5.1 - A empresa deverá apresentar garantia dos serviços dentro das normas legais.

Joaudeni Cavalcante Barbosa da Silva
Secretaria Municipal de Saúde

