

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

Prestação de serviços na especialidade de exames de Raio-X, aos pacientes dos municípios consorciados ao CIMPE, em conformidade com a discriminação e especificações a seguir:

| ITEM | UNID. | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA |
|------|---------|---|---------------------------|
| 1. | Serviço | RX ABDOME AGUDO | 12 |
| 2. | Serviço | RX ABDOME AP LAT (2) | 12 |
| 3. | Serviço | RX ABDOME SIMPLES | 12 |
| 4. | Serviço | RX ADENOIDES | 12 |
| 5. | Serviço | RX ANTEBRACO DIREITO/ ESQUERDO | 12 |
| 6. | Serviço | RX ARTICULACAO ACROMIO CLAVICULAR DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 7. | Serviço | RX ARTICULACAO COXO FEMURAL DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 8. | Serviço | RX ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 9. | Serviço | RX ARTICULACAO ESTERNO CLAVICULAR DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 10. | Serviço | RX ARTICULACAO SACRO ILIACA | 12 |
| 11. | Serviço | RX ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL | 12 |
| 12. | Serviço | RX BACIA | 12 |
| 13. | Serviço | RX BRACO DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 14. | Serviço | RX CALCANEIO DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 15. | Serviço | RX CAVUM | 12 |
| 16. | Serviço | RX CLAVICULA DIREITA / ESQUERDA | 12 |
| 17. | Serviço | RX CLISTER OPACO | 12 |
| 18. | Serviço | RX COLANGIOGRAFIA PRE OPERATORIA | 12 |
| 19. | Serviço | RX COLANGIOGRAFIA RETROGRADA | 12 |
| 20. | Serviço | RX COLUNA CERVICAL AP E LAT E OBLIQUAS (5) | 12 |
| 21. | Serviço | RX COLUNA CERVICAL AP E LAT OU FLEXAO (3) | 12 |
| 22. | Serviço | RX COLUNA DORSAL (2) | 12 |
| 23. | Serviço | RX COLUNA DORSAL (4) | 12 |
| 24. | Serviço | RX COLUNA LOMBO SACRA (3) | 12 |
| 25. | Serviço | RX COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS (5) | 12 |
| 26. | Serviço | RX COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA | 12 |
| 27. | Serviço | RX COLUNA PARA ESCOLIOSE (4) | 12 |
| 28. | Serviço | RX COLUNA TOTAL | 12 |
| 29. | Serviço | RX COSTELAS | 12 |
| 30. | Serviço | RX COTOVELO DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 31. | Serviço | RX COXA DIREITA / ESQUERDA | 12 |
| 32. | Serviço | RX CRANIO PA E LAT (2) | 12 |
| 33. | Serviço | RX CRANIO PA E LAT E BRETTON (3) | 12 |
| 34. | Serviço | RX CRANIO PA E LAT E OBLI OU BRETTON HIRTZ 4 INC | 12 |
| 35. | Serviço | RX DUCTOGRAFIA | 12 |
| 36. | Serviço | RX ESCANOMETRIA | 12 |
| 37. | Serviço | RX ESOFAGO | 12 |
| 38. | Serviço | RX ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO | 12 |
| 39. | Serviço | RX ESTERNO | 12 |
| 40. | Serviço | RX ESTOMAGO E DUODENO | 12 |
| 41. | Serviço | RX JOELHO AP E LAT DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 42. | Serviço | RX JOELHO OU ROTULA AP LAT E AXIAL DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 43. | Serviço | RX MAO DIREITA / ESQUERDA | 12 |
| 44. | Serviço | RX MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA | 12 |

| | | | |
|-----|---------|---|----|
| 45. | Serviço | RX OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL DIREITA / ESQUERDA | 12 |
| 46. | Serviço | RX ORBITAS | 12 |
| 47. | Serviço | RX OSSOS DA FACE | 12 |
| 48. | Serviço | RX PANORAMICA DE MANDIBULA | 12 |
| 49. | Serviço | RX PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES | 12 |
| 50. | Serviço | RX PE DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 51. | Serviço | RX PERNA DIREITA / ESQUERDA | 12 |
| 52. | Serviço | RX PUNHO DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 53. | Serviço | RX RADIOSCOPIA | 12 |
| 54. | Serviço | RX SACRO COCCIX | 12 |
| 55. | Serviço | RX SEIOS DA FACE (3) | 12 |
| 56. | Serviço | RX SEIOS DA FACE (4) | 12 |
| 57. | Serviço | RX SELA TURCICA | 12 |
| 58. | Serviço | RX TORAX PA | 12 |
| 59. | Serviço | RX TORAX PA E PERFIL | 12 |
| 60. | Serviço | RX TORNOZELO DIREITO / ESQUERDO | 12 |
| 61. | Serviço | RX TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO | 12 |
| 62. | Serviço | RX URETROCISTOGRAFIA ADULTO | 12 |
| 63. | Serviço | RX URETROCISTOGRAFIA CRIANCA | 12 |

As quantidades indicadas na tabela são estimadas, não sendo obrigatório à Contratante a utilização de todo saldo no decorrer da vigência do contrato.

2. FORMAS DE EXECUÇÃO E ESPECIFICAÇÕES:

Garantir que os usuários serão atendidos por profissionais devidamente habilitados no correspondente Conselho de Regulamentação da Profissão, tais como Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, dentre outros, e habilitados nas especialidades indicadas.

O Contratado manterá as suas instalações em perfeitas condições de funcionamento e de padrão técnico exigível para a qualidade, eficiência e eficácia do atendimento, assim como empregar técnicos especializados e auxiliares devidamente treinados, assumindo inteira responsabilidade pelas obrigações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, de seguro e outras decorrentes de ação e omissão de seus empregados ou prepostos.

Para a realização dos procedimentos previstos neste Contrato, haverá necessidade de, além da identificação dos usuários, a apresentação da solicitação/requisição médica de profissional médico, bem como, autorização prévia da Contratante, que será fornecida através de guia escrita.

Os resultados dos exames deverão ser emitidos em até três dias, acompanhados de imagens e laudo impressos, devidamente assinados e carimbados por profissional habilitado.

3. JUSTIFICATIVA:

A contratação de empresa especializada em exames de diagnóstico por imagem é necessária para complementar e atender as demandas dos municípios consorciados, visando a qualidade nos atendimentos e continuidade de tratamentos. A contratação da empresa com o valor de mercado mais atrativo para a administração pública trará mais eficiência e economia nos procedimentos de solicitações e agendamentos de exames auxiliares específicos.

4. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

a) Registro Comercial, no caso de empresa individual, ou Ato Constitutivo, estatuto ou Contrato Social em vigor (última alteração), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de

seus administradores, ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

- b) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- c) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), (Lei 8.036/90, Art. 27), expedido pela Caixa Econômica Federal;
- d) Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais, Dívida Ativa da União e Seguridade Social (abrangendo as contribuições para com a Previdência Social);
- e) Certidão de Regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede da licitante, se houver;
- f) Certidão de Regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da licitante;
- g) Prova de Regularidade para com a Justiça do Trabalho (CNDT);
- h) Certidão Negativa de Falência, Concordatas e Recuperações;
- i) Alvará do Corpo de Bombeiros do local de realização dos atendimentos.

5. RECURSOS:

Próprios.

6. DO PAGAMENTO:

Em até 30 (trinta) dias da emissão da Nota Fiscal e conferência dos serviços pelo setor responsável.

7. DO REAJUSTE, REPACTUAÇÃO, REEQUILIBRIO E ADITIVO:

Durante a vigência do contrato, os valores não serão reajustados, podendo haver pedido de reequilíbrio que deverá ser solicitado nos termos da Lei em processo levado a termo a ser analisado pelo Consórcio, observado o disposto nos casos enquadrados no Artigo 124, II, “d” da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021.

Havendo a prorrogação do Contrato e, decorridos 12 (doze) meses da execução, a Contratada poderá, através de requerimento específico, solicitar a correção das bases contratuais, pedido que será recebido e analisado pela Administração que, em sendo acolhido, autorizará a correção pelo índice INPC/IBGE relativo ao período, descontados os eventuais reequilíbrios concedidos.

Não serão liberadas recomposições decorrentes de inflação, que não configurem álea econômica extraordinária, tampouco fato previsível. Os pedidos de recomposição de valores deverão ser protocolados somente no Protocolo do Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis. Os serviços objeto deste termo poderá ser aditado, considerando para tanto o limite de valor conforme previsto no artigo 125, da Lei Federal nº 14133/2021.

8. LOCAL DE REALIZAÇÃO:

A Contratada prestará os serviços objeto do presente Contrato por meio de seu quadro técnico-profissional, em suas próprias instalações, colocando à disposição dos respectivos usuários todos os recursos materiais e humanos disponíveis.

O local para realização dos exames/procedimentos deverá ser em um raio de até 150 km do município de Penápolis/SP, haja vista o custo para transporte do paciente por conta do município requisitante.

9. DO PRAZO:

A empresa deverá atender imediatamente às solicitações, agendando e comunicando ao CIMPE as datas dos exames.

10. VIGÊNCIA:

12 (doze) meses, prorrogável pelo prazo legal.

Penápolis, 10 de maio de 2024



Rosângela Aparecida Ortiz Lopes
Diretora Técnica de Enfermagem