



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

- 1.1. Contratação de EMPRESA ESPECIALIZADA NA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM, com tabela de valores seguindo valor praticado pelo Consorcio Intermunicipal da região da Amures, visando atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jardim da Serra.

2. JUSTIFICATIVA DA AQUISIÇÃO DO OBJETO

- 2.1. Justificamos a necessidade de abertura de processo licitatório de EXAMES DE IMAGEM COM TABELA CONSÓRCIO, pois os mesmos contratualizados via CISAMURES não estão conseguindo suprir a necessidade municipal, gerando filas longas de espera, dificuldades no manejo clínico das doenças e para atender pacientes desta municipalidade, os quais utilizam e necessitam dos referidos exames para diagnóstico e tratamento de patologias, baseados em protocolos existentes através da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jardim da Serra.

3. DISCRIMINAÇÃO DO OBJETO

I-TEM	DESCRIPÇÃO	QTD mês	QTD TOTAL	V.unitário
1	RX ABDOME AGUDO	30	360	R\$29,25
2	RX ABDOME SIMPLES	30	360	R\$29,25
3	RX ANTEBRAÇO	30	360	R\$29,25
4	RX ART ACRÔMIO CLAVICULAR	30	360	R\$29,25
5	RX COXO-FEMURAL	30	360	R\$29,25
6	RX ESTERNO-CLAVICULAR	30	360	R\$29,25
7	RX ATM	30	360	R\$29,25
8	RX BACIA	30	360	R\$29,25
9	RX BRAÇO	30	360	R\$29,25
10	RX CALCÂNEO	30	360	R\$29,25



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11	RX CAVUM	30	360	R\$29,25
12	RX CLAVÍCULA	30	360	R\$29,25
13	RX COLUNA CERVICAL 3 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
14	RX COLUNA CERVICAL 5 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
15	RX COLUNA DORSAL 2 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
16	RX COLUNA DORSAL 4 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
17	RX COLUNA LOMBAR 3 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
18	RX COLUNA LOMBAR 5 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
19	RX COSTELAS POR HEMITÓRAX	30	360	R\$29,25
20	RX COTOVELO	30	360	R\$29,25
21	RX COXA	30	360	R\$29,25
22	RX CRÂNIO 2 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
23	RX CRÂNIO 3 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
24	RX ESCÁPULA	30	360	R\$29,25
25	RX JOELHO	30	360	R\$29,25
26	RX MÃO	30	360	R\$29,25
27	RX MASTÓIDES/ROCHEDO	30	360	R\$29,25
28	RX MAXILAR INF	30	360	R\$29,25
29	RX OMBRO	30	360	R\$29,25
30	RX OMOPLATA 3 INCIDÊNCIAS	30	360	R\$29,25
31	RX ORBITAS	30	360	R\$29,25
32	RX OSSOS DA FACE	30	360	R\$29,25
33	RX PAN MMII (INFANTIL)	30	360	R\$29,25
34	RX PATELA	30	360	R\$29,25
35	RX PÉ	30	360	R\$29,25



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

36	RX PERNA	30	360	R\$29,25
37	RX PUNHO	30	360	R\$29,25
38	RX SOCRO-COCCIX	30	360	R\$29,25
39	RX SACRO-ILIIACAS	30	360	R\$29,25
40	RX SEIOS DA FACE	30	360	R\$29,25
41	RX SELA TURCICA	30	360	R\$29,25
42	RX TORAX PA	30	360	R\$29,25
43	RX TORAX PA/P	30	360	R\$29,25
44	RX TORNOZELO	30	360	R\$29,25
45	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	30	360	R\$138,63
46	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBROS INFERIORES	30	360	R\$86,75
47	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBROS SUPERIORES	30	360	R\$86,75
48	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL	30	360	R\$86,76
49	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBOSACRA	30	360	R\$101,10
50	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA TORACICA	30	360	R\$86,76
51	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE/SEIOS DA FACE	30	360	R\$86,75
52	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES	30	360	R\$86,75
53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE/ BACIA	30	360	R\$138,63
54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	30	360	R\$86,75
55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SACRO-ILIIACAS	30	360	R\$101,10
56	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA	30	360	R\$97,44
57	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	30	360	R\$136,41
58	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	30	360	R\$97,44



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

59	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	30	360	R\$88,55
60	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	30	360	R\$133,37
61	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	30	360	R\$88,55
62	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	30	360	R\$69,80
63	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	30	360	R\$65,74
64	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA(VIA ABDOMI- NAL)	30	360	R\$55,62
65	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	30	360	R\$151,17
66	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	30	360	R\$65,74
67	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRA CARDÍACA)	30	360	R\$88,16
68	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	30	360	R\$52,26
69	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	30	360	R\$131,31
70	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA GENECOLÓGICA	30	360	R\$40,36
71	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	30	360	R\$65,74
72	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	30	360	R\$72,46
73	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	30	360	R\$144,76
74	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	30	360	R\$40,36
75	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ DOPPLER	30	360	R\$152,94
76	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL C/ DOPPLER	30	360	R\$231,03
77	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO C/ DOPPLER	30	360	R\$152,94
78	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO C/ DOPPLER	30	360	R\$167,46
79	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL C/ DOPPLER	30	360	R\$144,76
80	ULTRASSONOGRRAFIA DE CERVICAL	30	360	R\$65,74
81	ULTRASSONOGRRAFIA DE CRÂNIO	30	360	R\$65,74
82	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLANCULAS SALIVARES	30	360	R\$65,74
83	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	30	360	R\$133,37



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

84	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS	30	360	R\$65,74
85	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANS. C/ DOPPLER	30	360	R\$215,65
86	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	30	360	R\$65,74
87	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE C/DOPPLER	30	360	R\$144,76
88	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	30	360	R\$145,88
89	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	30	360	R\$104,72
90	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL C/ DOPPLER	30	360	R\$214,45
91	DENSITOMETRIA ÓSSEA	30	360	R\$156,38
92	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	30	360	R\$249,46
93	MAMOGRAFIA BILATERAL	30	360	R\$80,53
94	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE POR AGULHA FINA (PAAF)	30	360	R\$131,16
95	PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	30	360	R\$131,16
96	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	30	360	R\$131,16
97	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	30	360	R\$65,74
98	ECODOPPLER ARTERIAL PO MEMBRO	30	360	R\$199,52
99	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	30	360	R\$399,02
100	ECODOPPLER VENOSO POR MEMBRO	30	360	R\$199,52
101	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	30	360	R\$453,53
102	ANGIOTOMOGRRAFIA ABDOME SUPERIOR	30	360	R\$347,66
103	ANGIOTOMOGRRAFIA DE PELVE	30	360	R\$347,66
104	ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL/VENOSO DE MEMBRO INFERIORES	30	360	R\$347,66
105	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE TÓRAX	30	360	R\$347,66
106	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA/ARTERIAL DE CRÂNIO	30	360	R\$347,66
	MONITORAMENTO PELO SISTEMA DE HOLTER 24		360	R\$154,17



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

107	MONITORAMENTO PELO SISTEMA DE HOLTER 24 HORAS	30	360	R\$154,17
108	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	30	360	R\$154,17
109	TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO	30	360	R\$151,17
110	ELETROCARDIOGRAMA	30	360	R\$17,37
111	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICA	30	360	R\$213,16
112	CONTRASTE	30	360	R\$139,00

4. DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

4.1. O contrato terá vigência da data de sua assinatura por 6 meses, podendo ser prorrogado por mais 6 meses.

4.2. As demandas de exames serão reguladas via SISREG, acompanhando as filas já existentes.

5. LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:

5.1. O serviço do vencedor do processo licitatório deverá ser realizado no município ou em estabelecimento localizado em Municípios abrangentes da Serra Catarinense região da Amures, de acordo com Art. 10º da Lei 8080/90, Inciso VII do Artigo 18 da Lei 8080/90, EC 19 de 04/06/1998 – Art. 241 da C.F. PRINCÍPIO DA COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA, Art. 198, I da Constituição Federal, Inciso IX do Art. 7º da lei 8080/90, §3º do Art. 1º e §1º do Art. 4º da Lei 11.107/2005, Decreto Federal 7.508/2011 – Regulamentação Lei 8080/90, as quais estabelecem o comando único e a legalidade do direcionamento da Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA DE BOM JARDIM DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6. DO PAGAMENTO

6.1 O pagamento será efetuado pela Contratante através de TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA à Contratada, mediante apresentação da Nota Fiscal, em parcela única, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura contendo o detalhamento dos itens executados, devidamente atestada pelo Fiscal do Contrato, contendo número do Banco, Agência e Conta-Corrente.

6.2. Os valores serão pagos da seguinte forma:

a) O valor referente à tabela será financiado com 100.000,00 reais do recurso próprio autorizado pelo Conselho Municipal de Saúde via resolução nº 007/2022 (em anexo).

6.3 Havendo erro na Nota Fiscal/Fatura, não aceitação dos itens fornecidos ou outra circunstância que desaprove a liquidação da despesa, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a contratada aplique as medidas saneadoras necessárias.

7. DO FISCAL DO CONTRATO

7.1 O fiscal do contrato será um funcionário designado pela Contratante, para acompanhamento e fiscalização dos serviços mediante atesto na nota fiscal/fatura, sendo esta condição indispensável a que se processe o pagamento.

Atenciosamente,

Mayara Rodrigues de Souza
Secretária Municipal de Saúde

BOM JARDIM DA SERRA, 09 DE FEVEREIRO DE 2023.

CNPJ 12.102.905/0001-51
R. Adélia do Amaral de Souza, s/n. Centro
saude@bomjardimdaserra.sc.gov.br
(49) 3232 0195