



Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista

Secretaria de Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de prestação de serviços especializados em procedimentos ambulatoriais em cardiologia.

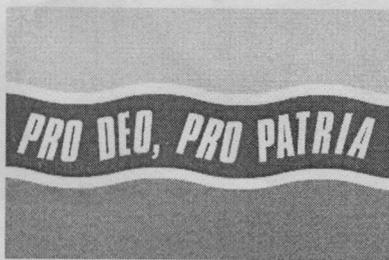
2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A presente contratação justifica-se para suprir a demanda reprimida dos pacientes.

3. CARACTERÍSTICAS

3.1. Tipos de procedimentos a serem contratados:

Item	Procedimento	Quantidade Estimada	Valor Unit. Máximo	Valor Total Máximo
1	Arteriografia de Membro (Cód. SUS: 0210010070)	10	179,46	1.794,60
2	Cateterismo Cardíaco (Cód. SUS: 0211020010)	160	614,72	98.355,20
3	Angioplastia Coronariana c/ Implante de 2 Stent's (Cód. SUS: 0406030022)	30	7.800,00	234.000,00
4	Angioplastia Coronariana c/ Implante de Stent (Cód. SUS: 0406030030)	30	5.650,00	169.500,00
5	Angioplastia Coronariana Primária (Cód. SUS: 0706030049)	02	6.920,00	13.840,00
6	Angioplastia em Enxerto Coronariano, com implante de stent (Cód. SUS: 0406030073)	02	5.980,00	11.960,00
7	Angioplastia intraluminal de aorta, veia cava/vasos ilíacos, sem stent (Cód. SUS: 0406040044)	02	2.800,00	5.600,00
8	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades, sem stent (Cód SUS: 0406040052)	02	2.700,00	5.400,00
9	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades, com stent (Cód. SUS: 0406040060)	02	5.100,00	10.200,00
10	Angioplastia intraluminal de vasos do pescoço ou troncos supra-aórticos, com stent (Cód. SUS: 0406040095)	02	7.200,00	14.400,00
TOTAL		242		565.049,80



Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista

Secretaria de Saúde

3.2. Em se tratando de resultados dos exames, estes deverão ser disponibilizados em mídia digital ou impressos e assinados por profissional habilitado e entregues em no máximo 05 (cinco) dias úteis, contados da data de realização dos mesmos.

3.3. É indispensável que a CONTRATADA tenha equipamentos de alta qualidade e em condições adequadas e em conformidade com a legislação pertinente para execução dos serviços contratados.

3.4. Todos os materiais e insumos a serem utilizados na realização dos procedimentos serão de responsabilidade da CONTRATADA, não respondendo o Município de Lençóis Paulista por qualquer ônus.

3.5. Os exames deverão ser agendados pela Central de Regulação de Serviços de Saúde, mediante a apresentação de Guias de Solicitação de Exame (SADT ou APAC ou BPA-I), em, no máximo, 10 (dez) dias corridos.

3.6. Para maior agilidade e conforto no atendimento aos pacientes, limita-se a distância do prestador de serviços (CONTRATADO) em 100Km de distância.

4. FATURAMENTO E PAGAMENTO

4.1. O pagamento será efetuado mensalmente, em até **10 (dez) dias** após o mês trabalhado e apresentação da nota fiscal.

4.2. Junto a Nota Fiscal, deverá apresentar relatório contendo a relação de pacientes agendados, com data, hora e tipo de procedimento, inclusive os pacientes que compareceram e faltaram, para fins de controle da Regulação Municipal.

4.3. Nas notas fiscais deverão ser indicados o número da AF correspondente e o período do contrato a que se refere a nota.

4.4. No ato do pagamento, a Prefeitura realizará a retenção dos tributos incidentes sobre a prestação dos serviços, de acordo com a legislação em vigor.

4.5. Não serão aceitas, em hipótese alguma, notas fiscais de serviços não executados.

4.6. Qualquer erro ou omissão ocorridos na documentação fiscal será motivo de correção por parte da contratada e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.



Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista

Secretaria de Saúde

4.7. A devolução da nota fiscal não aprovada pela Prefeitura, em hipótese alguma servirá de pretexto para que a empresa suspenda a execução de quaisquer serviços.

Lençóis Paulista, 16 de Setembro de 2020.


RICARDO CONTI BARBEIRO
Secretário de Saúde