

TERMO DE REFERÊNCIA

Data: 13 de janeiro de 2025

Solicitante: Sebastião Augusto Antero de Moura, Secretário de Saúde.

DO OBJETO:

1.1. Definição do Objeto:

Credenciamento para contratação de pessoas físicas e jurídicas interessadas na prestação de serviços de saúde, abrangendo atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, exames laboratoriais e de imagem, além de outros procedimentos necessários para suprir as demandas da população. O credenciamento será realizado de forma contínua, permitindo a inclusão de novos prestadores conforme a necessidade do Fundo Municipal de Saúde e a disponibilidade de recursos. Os serviços deverão atender aos critérios técnicos, operacionais e normativos estabelecidos, garantindo a qualidade, a eficiência e a segurança no atendimento aos usuários do sistema de saúde, no âmbito do município de Sítio d' Abadia - GO.

1.2. Natureza do Objeto:

Contratação de pessoas jurídicas e/ou físicas para a prestação de serviços de saúde, especialmente atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, exames laboratoriais e de imagem, bem como a realização de outros procedimentos necessários ao atendimento das demandas da população, conforme as necessidades do Fundo Municipal de Saúde, nos termos das normas vigentes.

1.3. Procedimentos, Quantitativos e Valores Unitários:

O número de profissionais será definido de acordo com a demanda da Secretaria de Saúde, podendo variar ao longo do período de vigência do contrato e a quantidade será conforme tabela abaixo:

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO
ÁCIDO FÓLICO	UN	100	40,00 R\$
ÁCIDO ÚRICO	UN	100	4,00 R\$
ALUMINIO CERICO	UN	100	30,00 R\$
AMILASE	UN	100	9,00 R\$
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	UN	100	1.450,00 R\$

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	UN	100	1.450,00 R\$
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	UN	100	1.450,00 R\$
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS	UN	100	1.650,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA ABDOMINAL	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA TORACICA	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DA PELVE	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	UN	100	1.450,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	UN	100	1.450,00
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTE BAAR	UN	100	110,00
BETA HCG	UN	100	20,00
BILIRRUBINAS T E FR	UN	100	35,00
BIOMETRIA ULTRASSONICA-MONOCULAR	UN	100	5,00
BIOPSIA	UN	100	180,00
BIOPSIA DE ENDOSCOPIA	UN	100	158,00
CALCIO	UN	100	100,00
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	UN	100	6,00
CERASTOCOPIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	UN	100	180,00
CHAGAS HI	UN	100	20,00
CITOMEGALOVÍRUS	UN	100	55,00
CK-NAC	UN	100	20,00
CLORO	UN	100	9,00
COAGULOGRAMA COMPLETO	UN	100	25,00
COLESTEROL TOTAL	UN	100	6,00
CONSULTA ANGIOLOGISTA	UN	100	250,00
CONSULTA CARDIOLOGISTA	UN	100	350,00
CONSULTA CLINICA	UN	100	100,00
CONSULTA EMDOCRINOLOGIA	UN	100	250,00
CONSULTA FISIOTERAPIA	UN	100	160,00
CONSULTA GINECOLOGISTA	UN	100	250,00
CONSULTA NEOROLOGISTA	UN	100	350,00
CONSULTA NEUROPSICOLOGIA	UN	100	180,00
CONSULTA NUTRICIONISTA	UN	100	180,00
CONSULTA OFTALMOLOGISTA	UN	100	200,00
CONSULTA ORTOPEDISTA	UN	100	200,00
CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA	UN	100	250,00
CONSULTA PEDIATRA	UN	100	200,00
CONSULTA PNEUMOLOGISTA	UN	100	180,00
CONSULTA PODOLOGA	UN	100	170,00
CONSULTA PREVENTIVA EM AMAMENTAÇÃO	UN	100	180,00
CONSULTA PSICOLOGA	UN	100	180,00
CONSULTA PSIQUIATRA	UN	100	350,00
CONSULTA UROLOGISTA	UN	100	300,00
CONTRASTE DE TOMOGRAFIA	UN	100	450,00
CONTRASTE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	UN	100	450,00
COOMS DIRETO	UN	100	15,00
COOMBS INDIRETO	UN	100	15,00

CREATINA QUINASE MB	UN	100	20,00
CREATININA	UN	100	7,00
CULTURA ANTIBIO	UN	100	80,00
CURVA TENSIONAL	UN	100	180,00
DENGUE NS1	UN	100	60,00
DIMERO D	UN	100	60,00
EAS URINA	UN	100	8,00
ECG COM LAUDO	UN	100	50,00
ECOCARDIOGRAMA	UN	100	350,00
ECOGRAFIA DOPPLER D EMEMBRO INFERIOR VENOSO E ARTERIAL	UN	100	400,00
ECOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDA	UN	100	200,00
ELETROCARDIOGRAMA	UN	100	60,00
ELETROENCEFALOGRAMA	UN	100	170,00
ESPIROMETRIA	UN	100	110,00
STRADIOL	UN	100	39,00
FAOR REUMATOIDE	UN	100	8,90
FERRO	UN	100	12,00
FOSFATASE ALCALINA	UN	100	12,00
FOSFORO	UN	100	12,00
GAMA GT	UN	100	7,00
GLICEMIA	UN	100	7,00
HBC	UN	100	50,00
HBSAG	UN	100	50,00
HCV	UN	100	95,00
HEMOGLOBINA GLICADA	UN	100	40,00
HEMOGRAMA	UN	100	12,00
HIV 1 E 2	UN	100	90,00
HOLTER 24 HORAS	UN	100	140,00
HORMONIO LH	UN	100	50,00
IMPEDANCIOMETRIA	UN	100	110,00
LIPASE	UN	100	12,00
LIPIDOGRAMA	UN	100	35,00
MAGNÉSIO	UN	100	12,00
MAPA 24 HORAS	UN	100	140,00
MAPEAMENTO	UN	100	180,00
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	UN	100	180,00
OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE	UN	100	380,00
OTOEMISSIONES (TESTE DA ORELHINHA E OLHINHO)	UN	100	110,00
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	UN	100	180,00
PARASITOLÓGICO EPF	UN	100	8,00
PARATORMÔNIO	UN	100	80,00
POTÁSSIO	UN	100	6,00
PROGESTERONA	UN	100	105,00
PROTEINA C REATIVA	UN	100	8,00
PROTEINA URINARIA 24	UN	100	12,00
PROTEÍNAS TOTAIS E F	UN	100	12,00
PROVA DO LAÇO	UN	100	8,00
PSA	UN	100	70,00
RADIOGRAFIA A.C.F. (QUADRIL)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ABDÔMEN SIMPLES	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ANTEBRAÇO AP PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ART. ACRÔMIO CLAVICULAR	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ART. SACRO ILÍACA	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA BACIA	UN	100	50,00

RADIOGRAFIA BRAÇO AP. PERFIL ÚMERO	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA CALCÂNEO	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA CAVUM LAT. HIRTZ	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA CLAVÍCULA AP	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA CERVICAL AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA DORSAL AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA LOMBAR AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA LOMBAR AP. P. OBLÍQUOAS L5-S1	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA SACRO - COXIS	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COLUNA TOTAL	UN	100	150,00
RADIOGRAFIA COSTELAS (ARCOS - COSTAIS)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COTOVELO AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA COXA AP. PERFIL (FÊMUR)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA CRÂNIO AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	UN	100	90,00
RADIOGRAFIA ESTERNO	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA JOELHO AP. PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA JOELHO COM CARGA	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA MANDÍBULA AP. P	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA MÃOS AP. O (QUIRODÁCTILOS)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA OMBRO AP. (ESCÁPULO UMERAL)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA OMBRO AP. /PERFIL/AXIAL (OMOPLATA)	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA ÓRBITA	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA PÉ AP / OBLIQUAS	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA PERNA AP / PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA PUNHO AP / PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA SEIOS DA FACE F/N - M/N LATERAL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA TÓRAX PA.	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA TÓRAX PA. /PERFIL	UN	100	50,00
RADIOGRAFIA TORNOZELO AP./PERFIL	UN	100	50,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBO- SACRA	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXA	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO SUPERIOR	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERNA	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORÇAL	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO DIREITO E ESQUERDO	UN	100	590,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO	UN	100	590,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	UN	100	180,00
SANGUE OCULTO	UN	100	20,00
SÓDIO	UN	100	18,00
T3 LIVRE	UN	100	45,00
T4 LIVRE	UN	100	45,00

TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	100	20,00
TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	100	15,00
TEMPO DE TROMBINA	UN	100	20,00
TEMPO DE TROMBOPLASTINA	UN	100	20,00
TESTOSTERONA LIVRE	UN	100	40,00
TGO	UN	100	6,00
TGP	UN	100	6,00
TIPAGEM SANGUÍNEA	UN	100	30,00
TOMOGRFIA ABDOME INFERIOR E SUPERIOR	UN	100	470,00
TOMOGRFIA COLUNA CERVICAL	UN	100	470,00
TOMOGRFIA COLUNA DORÇAL	UN	100	470,00
TOMOGRFIA COLUNA LOMBO-SACRA	UN	100	470,00
TOMOGRFIA DA ARTICULAÇÃO	UN	100	470,00
TOMOGRFIA DA Pelve / BACIA	UN	100	470,00
TOMOGRFIA DO ABDOME TOTAL	UN	100	470,00
TOMOGRFIA DO CRÂNIO	UN	100	470,00
TOMOGRFIA DO TORAX	UN	100	470,00
TOMOGRFIA FACE OU SEIOS DA FACE	UN	100	470,00
TOMOGRFIA MASTÓIDES OU ÓRBITAS	UN	100	470,00
TOMOGRFIA MAXILAR	UN	100	470,00
TOMOGRFIA SELA TÚRCICA	UN	100	470,00
TONOMETRI-BINOCULAR	UN	100	180,00
TRANSFERRINA	UN	100	38,00
TRIGLICERIDES	UN	100	6,00
TROPONINA	UN	100	25,00
TSH	UN	100	45,00
UREIA	UN	100	6,00
US ABDOME INFERIOR E SUPERIOR	UN	100	130,00
US ABDOME SUPERIOR FEMININO	UN	100	130,00
US ABDOME TOTAL	UN	100	170,00
US ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA)	UN	100	170,00
US APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	UN	100	130,00
US ARTICULAÇÃO	UN	100	150,00
US ARTICULAÇÃO LOMBO SACRA	UN	100	150,00
US DOPLER MÃO	UN	100	150,00
US DOPLER PUNHO	UN	100	150,00
US ECODOPLER CARÓTIDAS	UN	100	150,00
US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS OU MUSCULO TENDÃO)	UN	100	130,00
US GLANDULAS SALIVARES	UN	100	160,00
US MAMA	UN	100	150,00
US MARTES MOLES	UN	100	150,00
US MORFOLOGICA COM DOPPLER 2° TRIMESTRE	UN	100	380,00
US OBSTETRICA	UN	100	130,00
US OBSTETRICA COM DOPPLER	UN	100	350,00
US OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	UN	100	340,00
US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA - CADA FETO	UN	100	320,00
US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO - CADA FETO	UN	100	430,00
US OBSTETRICA 1° TRIMESTRE ENDOVAGINAL	UN	100	130,00
US OBSTETRICA 1° TRIMESTRE COM PUNÇÃO	UN	100	350,00
US ORGÃO SUPERFICIAIS (PENIS OU CRÂNIO)	UN	100	130,00
US ORGÃO SUPERFICIAIS TIREOIDE OU ESCROTO	UN	100	130,00

US PELVICA	UN	100	130,00
US PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	UN	100	170,00
US PROSTATA TRANSRETAL (NÃO INCLUI ADBOME INFERIOR MASCULINO)	UN	100	130,00
US PROSTATA VIA ABDOMINAL	UN	100	170,00
US REGIÃO SACRAL	UN	100	130,00
US SEIS DA FACE	UN	100	130,00
US TIREOIDE	UN	100	130,00
US TORACICA	UN	100	150,00
US TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	UN	100	450,00
US TRANSLUCÊNICA NUCAL	UN	100	430,00
US TRANSVAGINAL	UN	100	130,00
US TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, VAGINA)	UN	100	130,00
US TRASRETAL RADIAL	UN	100	170,00
VDRL	UN	100	6,80
VHS	UN	100	8,00
VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	UN	100	400,00
VITAMINA B12	UN	100	90,00
VITAMINA D25	UN	100	82,00

TABELA DE PROFISSIONAIS E VALORES A SEREM UTILIZADOS PELA SECRETARIA DE SAÚDE

QUANTIDADE	TIPO DE PROFISSIONAL	TIPO	VALOR
02	AUXILIAR DE HIGIENE BUCAL	MENSAL	1.718,00
03	OUTROS PROFISSIONAIS DE ENSINO MÉDIO	MENSAL	1.618,00
03	ENFERMEIRO	PLANTÃO 12 HORAS	200,00
03	ENFERMEIRO	MENSAL	3.300,00
02	ODONTOLOGO	DIÁRIA 8 HORAS	350,00
02	FARMACÊUTICO	MENSAL	3.000,00
02	NUTRICIONISTA	DIÁRIA 8 HORAS	250,00
01	FISIOTERAPEUTA	DIÁRIA 08 HORAS	250,00
06	MÉDICO CLÍNICO GERAL	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	MÉDICO PSIQUIATRA	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	MÉDICO ORTOPEDISTA	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	MÉDICO ORTOPEDISTA	PLANTÃO 12 HORAS	950,00

01	MÉDICO PEDIATRA	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTÉTRICO	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	MÉDICO OFTALMOLOGISTA	PLANTÃO 12 HORAS	950,00
01	PSICÓLOGO	DIÁRIA 8 HORAS	250,00
02	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	MENSAL	1.718,00
04	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	PLANTÃO 12 HORAS	100,00
03	SOCORRISTA HABILITADO	PLANTÃO 12 HORAS	125,00

PROCEDIMENTOS CIRURGÍCOS

CONSULTAS E TRATAMENTOS CLINICOS	UN	100	250,00 R\$
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	UN	100	250,00 R\$
EXAMES CITOPATOLÓGICOS (PREVENTIVO)	UN	100	250,00 R\$
BIÓPSIA	UN	100	1.000,00 R\$
REMOÇÃO DE SINAIS	UN	100	1.000,00 R\$
ELETRICAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	UN	100	1.000,00 R\$
IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO	UN	100	500,00 R\$
INSERÇÃO DE DIU	UN	100	1.000,00 R\$
RETIRADA DO DIU	UN	100	500,00 R\$
NINFLOPASTIA	UN	100	2.000,00 R\$
DRENAGEM DA GLÂNDULA DE BARTOLIM	UN	100	500,00 R\$
MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTOLIM	UN	100	1.000,00 R\$
BARTOLINECTOMIA	UN	100	2.000,00 R\$
DRENAGEM DE OBCESSO	UN	100	1.000,00 R\$
CATERERISMO VESICAL E PUNÇÃO VESICAL	UN	100	1.000,00 R\$
ABDOMINOCENTESE	UN	100	1.000,00 R\$
CIRURGIAS DA UNHA	UN	100	1.000,00 R\$
EXÉRESE CIRURGICA DO CALO PLANTAR	UN	100	1.000,00 R\$
OTOPLASTIAS (ORELHA RASGADA, ORELHA DE ABANO	UN	100	1.500,00 R\$
ELETRCARDIOGRAMA	UN	100	100,00 R\$
ELETRCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	UN	100	1.000,00 R\$
EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE, ANEXOS E MUCOSAS	UN	100	1.000,00 R\$
EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS	UN	100	1.000,00 R\$
FRENECTOMIA LINGUAL	UN	100	1.000,00 R\$
EXÉRESE DE LESÃO POR SHAVING	UN	100	1.000,00 R\$
EXCISÃO DE SUTURA DE LESÃO DE PELE COM PLÁSTICA EM "Z" OU ROTAÇÃO DE RETALHO	UN	100	1.500,00 R\$
HEMORROIDECTOMIA	UN	100	2.000,00 R\$
COLECISTECTOMIA	UN	100	4.000,00 R\$

HISTERECTOMIA (TOTAL, SUBTOTAL, COM ANEXECTOMIA)	UN	100	4.000,00 R\$
LAQUEADURA TUBÁRIA	UN	100	2.000,00 R\$
MIOMECTOMIA	UN	100	3.000,00 R\$
HERNIOPLASTIA (VENTRAL, INCISIONAL, UMBILICAL, IGUINAL)	UN	100	3.000,00 R\$
HIDROCELECTOMIA	UN	100	3.000,00 R\$
VASECTOMIA	UN	100	2.500,00 R\$
POSTECTOMIA	UN	100	2.000,00 R\$
COLPOPERINEOPLASTIAS (ANTERIOR E POSTERIOR)	UN	100	3.000,00 R\$
OOFECTOMIA	UN	100	3.000,00 R\$
TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES	UN	100	1.000,00 R\$
DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	UN	100	1.000,00 R\$
RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	UN	100	1.000,00 R\$
EXÉRESE DE XANTELASMA, CALÁZIO E PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIO	UN	100	1.000,00 R\$
APENDICECTOMIA	UN	100	4.000,00 R\$
PARACENTESE ABDOMINAL	UN	100	1.000,00 R\$
RETIRADA DE PINO INTRAÓSSEO	UN	100	1.000,00 R\$
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA	UN	100	1.500,00 R\$
LIBERAÇÃO/PLASTIA DE PREPÚCIO	UN	100	1.000,00 R\$
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA SIMPLES	UN	100	2.000,00 R\$
PUNÇÃO E ASPIRAÇÃO DA BEXIGA	UN	100	1.000,00 R\$
PLÁSTICA DE FREIO BALANOPREPUCIAL	UN	100	1.000,00 R\$
CONIZAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	UN	100	1.500,00 R\$
CURETRAGEM UTERINA PÓS-ABORTO	UN	100	2.000,00 R\$
CURETRAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME	UN	100	2.000,00 R\$
ESVAZIAMENTO DO ÚTERO PÓS-ABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	UN	100	2.000,00 R\$
EPISIOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA	UN	100	1.500,00 R\$
EXÉRESE DE MAMA SUPRANUMERÁRIA	UN	100	2.000,00 R\$
PARTO NORMAL	UN	100	3.000,00 R\$
PARTO CESARIANA	UN	100	3.000,00 R\$
RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO	UN	100	1.500,00 R\$
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA	UN	100	3.000,00 R\$
TORACOCENTESE	UN	100	2.000,00 R\$
RESSECÇÃO EM CUNHA DO LÁBIO E SUTURA EM ONCOLOGIA	UN	100	1.500,00 R\$
EXCISÃO DE NEOPLASIA DA PELE E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z	UN	100	1.500,00 R\$
RAQUEANESTESIA	UN	100	1.000,00 R\$

1.4. Prazo do Contrato:

O contrato terá vigência de até 1 (um) ano, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, mediante acordo entre as partes e devidamente justificado pela demanda de serviços.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

A presente contratação fundamenta-se na necessidade de garantir o acesso da população a serviços essenciais de saúde, de forma contínua e eficiente, visando suprir demandas que não possam ser atendidas diretamente pela rede pública, conforme indicado no Estudo Técnico Preliminar – ETP.

O credenciamento permite à Administração Pública ampliar a oferta de serviços, garantindo maior capilaridade no atendimento e promovendo a complementaridade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, como já indicado no ETP, é essencial que haja a contratação complementar de profissionais e serviços médicos, uma vez que o efetivo do município é limitado, sendo necessário que o Poder Público tome medidas de modo a garantir o acesso à saúde, por ser dever constitucional estabelecido nos arts. 196 e 197, da CF/88, e em respeito às previsões da Lei n. 8.080/90.

Além disso, o credenciamento é procedimento abarcado nas disposições acerca da inexigibilidade de licitação, conforme previsto no art. 74, IV, da Nova Lei de Licitações e Contratos (Lei nº 14.133/2021), bem como no art. 79, da mesma Lei, que autorizam a contratação direta quando inviável a competição em razão da natureza do serviço prestado.

A modalidade é tecnicamente adequada e assegura a participação de todos os interessados que cumpram os requisitos estabelecidos, garantindo transparência e isonomia no processo de seleção dos prestadores.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

A solução proposta consiste no credenciamento de prestadores de serviços de saúde, visando complementar a rede pública e garantir um atendimento ágil e eficiente à população. Esse credenciamento permitirá a ampliação da cobertura assistencial, suprimindo lacunas existentes no atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, laboratorial e de imagem.

Os prestadores credenciados atuarão em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo órgão responsável, seguindo protocolos e padrões de qualidade

previamente definidos. A contratação será realizada por meio de adesão voluntária dos interessados, desde que atendam aos critérios estabelecidos no edital.

A remuneração dos serviços prestados será realizada conforme tabelas previamente estabelecidas, já aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, garantindo previsibilidade e equilíbrio econômico-financeiro. Além disso, a Administração Pública fará o monitoramento contínuo da execução dos serviços, visando assegurar a qualidade do atendimento e a adequada aplicação dos recursos públicos, com essa solução, busca-se otimizar o acesso aos serviços de saúde, reduzir filas e tempos de espera, além de garantir maior descentralização e eficiência na prestação dos serviços à população.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

Para participar do credenciamento, os interessados deverão atender aos seguintes requisitos:

4.1 PESSOA FÍSICA

- a) Cópia do documento de identificação oficial com foto (RG ou CNH);
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- c) Inscrição no cadastro de contribuintes municipal e/ou estadual, se houver, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- d) Comprovante de residência atualizado (emitido nos últimos 90 dias);
- e) Certidão negativa de débitos tributários municipais, estaduais e federais, conforme exigido pela Lei Federal nº 14.133/2021;
- f) Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
- g) Certidão de regularidade junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), quando aplicável;
- h) Declaração de que não possui impedimentos para contratar com a Administração Pública;
- i) Registro profissional no respectivo conselho de classe, quando aplicável;

j) Comprovação de qualificação técnica, diplomas de ensino superior compatível com o serviço a ser prestado quando aplicável, atestados de capacidade técnica, especializações etc.

k) Declarações

4.2 PESSOA JURIDICA

a) CNPJ atualizado;

b) Contrato social ou estatuto, devidamente registrado, e suas alterações, se houver;

c) Documento de identificação dos sócios ou representantes legais;

d) Inscrição no cadastro de contribuintes municipal e/ou estadual, se houver, relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

e) Certidão negativa de débitos tributários municipais, estaduais e federais, conforme exigido pela Lei Federal nº 14.133/2021;

f) Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);

g) Certidão de regularidade junto ao INSS e FGTS;

h) Certidão de falência ou concordata expedida pelo distribuidor judicial da sede da empresa;

i) Alvará de funcionamento atualizado, quando aplicável;

j) Registro da empresa no conselho de classe correspondente, quando exigido para a atividade;

k) Comprovação de qualificação técnica, diplomas de ensino superior compatível com o serviço a ser prestado quando aplicável, atestados de capacidade técnica, especializações etc.

l) Declarações

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

O modelo de execução do objeto consistirá na prestação dos serviços de saúde, abrangendo atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, exames laboratoriais e de imagem, bem como outros procedimentos necessários para atender às demandas da população de Sítio d' Abadia - GO. A execução será realizada por procedimentos conforme quantidade unitária, plantão de 08 (oito) horas, plantão de 12 (doze) horas e serviços mensais, de acordo com a tarefa a ser executada e as solicitações da secretaria solicitante.

6. GESTÃO DO CONTRATO

6.1. Descrição:

A gestão do contrato define como será acompanhada e fiscalizada a execução do objeto deste termo de referência. A Secretaria Municipal de Saúde será responsável por garantir o cumprimento dos prazos e da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e empresas credenciadas.

6.2. Responsável:

O responsável pela gestão do contrato será o Sr. Sebastião Augusto Antero de Moura, titular da referida secretaria.

6.3. Fiscalização:

A fiscalização será realizada de forma regular e sistemática, com visitas periódicas aos locais de execução dos serviços para verificar o andamento e a qualidade do trabalho realizado. Todas as não conformidades serão devidamente registradas e comunicadas ao contratado para as devidas correções.

O fiscal ou fiscais do contrato serão definidos em ato expedido pelo Secretário Municipal de Saúde.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO:

7.1. Os critérios de medição serão baseados na quantidade de procedimentos, plantões e de forma mensal efetivamente trabalhadas pelos profissionais conforme registrado pelos responsáveis pela fiscalização do contrato.

7.2. O pagamento será realizado mensalmente, mediante a apresentação de ordem de serviço, devidamente atestado pelo departamento responsável pela fiscalização do contrato.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. A seleção dos fornecedores será realizada por meio de processo de credenciamento, nos termos do art. 74, inciso IV, combinado com o Art. 79 da Lei Federal nº 14.133/2021, e Decreto Municipal nº 1.126/24, conforme critérios estabelecidos pela Administração Pública Municipal de Sítio d' Abadia - GO.

8.2. Os critérios de seleção dos fornecedores serão os seguintes:

- **Cumprimento dos requisitos mínimos:** O fornecedor deve atender a todas as exigências estabelecidas no edital, incluindo documentação regular e comprovação da capacidade técnica;
- **Qualidade dos serviços:** Serão avaliados critérios como experiência comprovada, infraestrutura disponível e certificações relevantes para a prestação dos serviços;
- **Regularidade fiscal e trabalhista:** A empresa ou profissional deve estar em conformidade com as exigências legais, não possuindo pendências fiscais ou trabalhistas;
- **Adequação às normas sanitárias e regulatórias:** O fornecedor deve demonstrar cumprimento das exigências dos órgãos reguladores de saúde;
- **Capacidade operacional:** Será analisada a estrutura do fornecedor, incluindo recursos humanos, instalações e equipamentos, garantindo que possam atender à demanda prevista;
- **Aceitação dos valores praticados:** Os fornecedores devem concordar com os preços estipulados pela Administração Pública, garantindo previsibilidade nos custos;
- **Histórico de atuação:** Caso aplicável, será verificada a reputação e experiência anterior do fornecedor em contratos similares.

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

A estimativa do valor da contratação será baseada na demanda projetada para os serviços credenciados, levando em consideração:

- Histórico de utilização dos serviços de saúde no Município, em acordo com os últimos processos de contratação semelhantes;

- Valores praticados conforme tabelas de referência, como a Tabela SUS ou outras tabelas adotadas pela Administração Pública;
- Estimativas de crescimento populacional e aumento da demanda por serviços de saúde;
- Orçamento disponível para a contratação.

9.1. Os valores dos procedimentos e prestação de serviços dos profissionais e os documentos de suporte estão disponíveis para consulta na Secretaria Municipal de Saúde, no edital e na ata de reunião do conselho municipal de saúde que se encontra no site da prefeitura municipal, bem como na descrição do item 1.3 deste documento.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas decorrentes da contratação prevista neste Termo de Referência correrão por conta da dotação orçamentária específica da secretaria, onde os serviços forem aplicados, conforme previsto na Lei Orçamentária Anual do Município de Sítio d' Abadia - GO.

10.2. A presente contratação encontra-se devidamente prevista no Plano Plurianual e na Lei Orçamentária Anual do Município de Sítio d' Abadia - GO.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

Este Termo de Referência é regido pelas disposições do art. 6º, inciso XXIII da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e demais normas aplicáveis. Qualquer alteração ou exceção a este Termo de Referência deve ser devidamente justificada e autorizada pela autoridade competente da Prefeitura Municipal de Sítio d' Abadia - GO.

Atenciosamente,

SEBASTIÃO AUGUSTO ANTERO DE MOURA
Secretário Municipal de Saúde