



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA

1.OBJETO:

1.1. Prestação de serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Área Cardiovascular (cardiologia intervencionista, cirurgia cardíaca e diagnóstico em cardiologia), descritos na Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme especificações e quantidades detalhadas neste Termo de Referência.

1.2. NATUREZA: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.

1.2.1 Conforme disposto no art. 6º, XIII, da Lei n. 14.133/2021, os serviços objeto do presente Termo de Referência classificam-se como serviços comuns por apresentarem padrões de desempenho e qualidade que podem ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais de mercado.

1.3. ESPECIFICAÇÃO E QUANTIDADE:

ITEM	UND.	QUANT.	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE					
Procedimentos Ambulatoriais					
01	Proc.	1.248	Cateterismo Cardíaco SIGTAP: 021102 CATSER: 10960	R\$ 730,04	R\$ 911.089,92
SUBTOTAL				R\$ 911.089,92	
Procedimentos Hospitalares					
02	Proc.	312	Cirurgia Cardiovascular SIGTAP: 040601 CATSER: 10952	R\$ 14.161,37	R\$ 4.418.347,44
03	Proc.	1.140	Cirurgia Cardíaca Intervencionista SIGTAP: 040603 CATSER: 10952	R\$ 5.240,15	R\$ 5.973.771,00
04	Proc.	36	Cirurgia Torácica SIGTAP: 0412 CATSER: 12416	R\$ 1.628,59	R\$ 58.629,24
05	Proc.	24	Cirurgia Múltipla SIGTAP: 041501 CATSER: 10952 + 12416	R\$ 15.211,03	R\$ 365.064,72
SUBTOTAL				R\$ 10.815.812,40	
TOTAL DA ALTA COMPLEXIDADE				R\$ 11.726.902,32	
PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE					
Procedimentos Ambulatoriais					

06	Consulta	1.596	Consulta em Cardiologia Clínica SIGTAP: 0301010072 CATSER: 6068	R\$ 10,00	R\$ 15.960
07	Exame	336	SADT (Teste Ergométrico) SIGTAP: 0211020060 CATSER: 6505	R\$ 30,00	R\$ 10.080,00
08	Exame	132	SADT (Holter) SIGTAP: 0211020044 CATSER: 6521	R\$ 30,00	R\$ 3.960,00
09	Exame	552	SADT (Ecocardiograma) SIGTAP: 0205010016 CATSER: 6548	R\$ 165,00	R\$ 91.080,00
SUBTOTAL				R\$ 121.080,00	
Procedimentos Hospitalares					
10	Proc.	36	Proced. Clínicos – Grupo 03 CATSER: 7960	R\$ 850,36	R\$ 30.612,96
11	Proc.	24	Proced. Clínicos – Grupo 04 CATSER: 12424	R\$ 1.511,68	R\$ 36.280,32
SUBTOTAL				R\$ 66.893,28	
TOTAL DA MÉDIA COMPLEXIDADE				R\$ 187.973,28	
VALOR TOTAL				R\$ 11.914.875,60	

1.4. VIGÊNCIA CONTRATUAL:

1.4.1 O prazo de prestação dos serviços objeto deste Termo de Referência será de 12 (doze) meses , a partir da sua publicação no Portal Nacional de Contratos Públicos (PNCP) e da emissão da Ordem de Serviços, podendo ter sua duração prorrogada a critério da Administração, tendo em vista tratar-se de serviço de natureza continuada de necessidade pública permanente a ser satisfeita, desde que os preços e condições sejam vantajosos para a Administração, nos termos do disposto no Art. 107, da Lei nº. 14.133/21.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

2.1. A presente contratação tem por finalidade atender às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, que necessitem realizar procedimento em (Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Cardíaca e Diagnóstico em Cardiologia) não somente para atender demanda da secretaria de saúde do município de Volta Redonda, bem como a demanda referenciada pela Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ, compreendendo consultas e exames de diagnose, tratamento de cirurgia cardíaca e intervencionista, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde estabelecidas por meio da Portaria SAS/MS nº 210/2004, previstos para a tipificação “Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular”, Grupo de habilitação 0801 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e 0803 - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista, ou outra que lhe venha a substituir, em que somente o Instituto do Câncer do Ceará está habilitado para realizar o serviço no município de Volta Redonda.

2.2. A **Cardiologia Intervencionista** é uma sub-especialidade da cardiologia que abrange um conjunto de procedimentos intervencionista cirúrgicos para estudar a **Hemodinâmica** cardíaca e arterial, cuja finalidade é identificar obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das válvulas e do músculo cardíaco com a finalidade de diagnosticar uma possibilidade de infarto agudo do miocárdio ou determinar a exata localização da obstrução que esta causando este infarto.

2.3. A **Cirurgia Cardíaca** é realizada para o tratamento de doenças que acometem os vasos sanguíneos e o coração, como as cardiopatias congênitas, doenças das artérias coronarianas, da aorta e seus ramos, das válvulas cardíacas, da fibrilação arterial (arritmia) e insuficiência cardíaca.

3.DESCRICÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

3.1. A descrição da solução como um todo, conforme definido no Estudo Técnico preliminar, trata-se da prestação de serviços incluindo atividades típicas como: realização de procedimento em (Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Cardíaca e Diagnóstico em Cardiologia) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar na área cardiovascular a serem ofertados aos usuários do SUS.

4.REQUISITOS DE CONTRATAÇÃO:

4.1. A contratação refere-se à prestação de serviços comuns, cujos padrões de desempenho e qualidade foram objetivamente definidos por meio de especificações usuais de mercado.

4.2. Com relação à **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**, deverá o licitante apresentar:

- A) Prova de capacidade técnica, mediante apresentação de certidão(ões) ou atestado(s) emitido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, demonstrando a execução de serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste termo;
- B) Certificado de Regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) da empresa proponente, com prazo de validade em vigor (art. 67, inciso V da Lei 14.133/21).
- C) Certificado de comprovação de responsabilidade técnica do profissional, conforme artigo 67, inciso I da Lei 14.133/21 que deverá pertencer ao quadro permanente da licitante, mediante apresentação de Ato Constitutivo Estatuto ou Contrato Social em vigor, cópia da carteira de trabalho, ficha de registro de empregado/livro com visto do órgão competente ou contrato que comprove vínculo empregatício do profissional com o estabelecimento interessado, juntamente com a cópia da carteira do respectivo conselho, RG e CPF.
- D) Prova de cadastramento no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/Ministério da Saúde para os serviços solicitados.
- E) Após análise da documentação por parte da Comissão Permanente de Licitação/FMS/SMS/PMVR, será convocada Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde/PMVR, para realizar visita de inspeção para verificar capacidade operacional no(s) endereço(s) do(s) interessado(s), visando emissão de parecer técnico para a qualificação técnica e subseqüente habilitação

5.MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

5.1. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

5.1.1 Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Territorialização do Município, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento de saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e nas condições estabelecidas pelo **DEPARTAMENTO DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – DCRAA/SMS/PMVR**.

5.1.2 Os serviços serão executados no endereço da CONTRATADA. A eventual mudança de endereço do estabelecimento deverá ser comunicada ao Município, por intermédio de aviso ao **DEPARTAMENTO DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – DCRAA/SMS/PMVR**, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o Município, após parecer daquele departamento, rever as condições deste contrato, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

5.1.3 Os serviços objeto deste Termo de Referência deverão ser prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS referenciado para atendimento no estabelecimento da Contratada de **modo universal e igualitário**, assegurando-lhes os direitos que são devidos, conforme previsto no **Art. 7º da lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, não sendo permitidos acesso e acomodação diferenciados dos demais usuários do local, mantendo

sempre a qualidade na prestação dos serviços.

5.1.4 Correrá por conta exclusiva da CONTRATADA, sem quaisquer ônus para o Município, a execução dos serviços a serem prestados, conforme normas definidas neste Termo de Referência, os quais serão prestados de acordo com os critérios de oportunidade e conveniência estabelecidos pelo **DEPARTAMENTO DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA –DCRAA/SMS/PMVR**.

5.1.4.1 O serviço deverá dispor de infraestrutura de qualidade e eficiência, de recursos humanos necessários, compatível com os dados atualizados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – **SCNES**.

5.1.5 A CONTRATADA deverá fornecer todos os **Insumos, Materiais, Medicamento e Órtese e Prótese** necessários para realização dos procedimentos objeto deste Termo de Referência.

5.1.6 A CONTRATADA deverá disponibilizar consultas e exames de diagnose, tratamento de cirurgia cardíaca e procedimentos intervencionistas.

5.1.7 Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado; Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento contratado:

- O membro de seu corpo clínico e de profissionais;
- O profissional que tenha vínculo de emprego com a contratada;
- O profissional autônomo que presta serviços a contratada, comprovado através de instrumento próprio.

5.1.8 O corpo clínico deverá comprovar os títulos de especialistas registrados em órgão competente, na especialidade contratada.

5.1.9 A CONTRATADA é a única responsável por todos os danos e demais prejuízos que a qualquer título causar ao Município ou a terceiros, por si, seus representantes ou prepostos na execução dos serviços a serem realizados, ficando, desde já, o Município isento de toda e qualquer responsabilidade por reclamações e reivindicações que, em decorrência possam surgir. A responsabilidade de que trata este parágrafo abrange a responsabilidade civil causada por ato ilícito praticado pelos empregados, profissionais ou prepostos da contratada, sem prejuízo dos danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos termos do artigo 14 da Lei nº 8078/90, que também ficarão ao encargo da mesma.

5.1.10 A fim de assegurar a realização de todos os procedimentos, permitir-se-á a subcontratação dos serviços somente de exames, sendo que a subcontratada se sujeitará a todas as obrigações e sanções aplicadas à CONTRATADA, ficando esta responsável por todas as ações praticadas pela subcontratada.

5.1.11 A CONTRATADA OU SUBCONTRATADA (esta na realização de exames) não poderá cobrar do paciente ou de seu representante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados, e será pessoalmente responsável por qualquer cobrança indevida feita por profissional empregado ou preposto, em razão da execução dos serviços constantes deste contrato.

5.1.12 O Município poderá exigir da contratada o afastamento ou substituição, incontinente, de qualquer empregado ou preposto seu, se considerar inconveniente a permanência deles na linha dos serviços contratados.

5.1.13 A CONTRATADA é responsável por todos os encargos e obrigações concernentes às legislações sociais, trabalhistas, tributárias, fiscais, comerciais, securitárias, previdenciárias que resultem todas as despesas decorrentes dos serviços prestados, assim como, despesas de eventuais trabalhos não previstos, porém indispensáveis à execução das atividades.

5.1.14 A CONTRATADA deverá atender as exigências dos respectivos Conselhos de Classes e apresentar alvará

de funcionamento da Vigilância Sanitárias e de órgão fiscalizador do Meio Ambiente do local de endereçamento e ainda ser cadastrada no CNES e seu espaço físico atender a RDC 50 de 2002.

5.1.15 A CONTRATADA deverá disponibilizar vagas de Sistema Estadual de Regulação – SER ou outro que o venha substituir.

5.1.16 A contratada deverá disponibilizar laudo e imagem de diagnostico em cardiologia em até 07 (sete) dias úteis a contar da data a realização do mesmo.

5.1.17 Para efeito de comprovação de execução de serviço a CONTRATADA deverá enviar os arquivos de faturamento executado no sistema de internação hospitalar (SIHD/SUS) para o e-mail dcraa.sms@gmail.com e os documentos de comprovação de realização dos atendimentos deverão ser entregues no Departamento de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria (DCRAA), situada a Rua: São João Batista, nº 35 – Niterói – VR, até o 5º (quinto) dia útil subsequente ao mês de execução do serviço.

5.1.18 Para apresentação e/ou reapresentação de fatura fora do prazo estipulado no item 5.1.17 a CONTRATADA terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da realização do procedimento.

5.1.19 Para apresentação de recurso de glosa a contratada terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da notificação das glosas realizadas pelo DCRAA/SMS.

5.1.20 A Contratada deverá ter endereço/base territorial no Município de Volta Redonda/RJ, visto que o repasse do recurso financeiro advindo do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde só poderá ser repassado a partir do faturamento mensal apresentado nos sistemas do DATASUS: SIA - Sistema de Informação Ambulatorial e SIH – Sistema de Informação Hospitalar, conforme portaria de Habilitação SAS/MS nº 367 de 27 de julho de 2004.

5.2. CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO:

5.2.1 Os serviçosobjeto deste Termo de Referência serão recebidos e aceitos, de acordo com o art. 140 da lei n. 14.133/2021, provisoriamente, a cada mês, após sumária inspeção realizada pela Fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde, para posterior verificação da qualidade e conformidade do objeto às especificações técnicas exigidas neste termo, podendo ser rejeitados caso não estejam conforme as especificações estabelecidas.

5.2.2 A contratada deverá dar total garantia quanto à qualidade dos serviços executados, ficando obrigada a reparar, corrigir ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções comprovadamente fora das especificações técnicas discriminadas no presente termo.

5.2.3 Os serviços serão recebidos definitivamente ao término do contrato no prazo de 30 (trinta) dias, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das condições e especificações discriminadas no Termo de Referência.

6.MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO:

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e nos termos da Lei n. 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial;

6.2. A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada por servidor(es) especialmente designado(s) em portaria da Secretaria Municipal de Saúde;

6.3. O fiscal do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato,

determinando o que for necessária para regularização da falta ou defeitos observados.

6.4. As comunicações entre Contratante e Contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim;

6.5. O fiscal do contrato informará, em tempo hábil, ao superior do seu departamento ou setor, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse a sua competência;

6.6. O fiscal do contrato será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração, que deverá dirimir dúvidas e subsidiá-lo com informações relevantes para prevenir riscos na execução contratual;

6.7. A contratante poderá convocar representante da Contratada para adoção de providência que deixem de ser cumpridas de imediato.

7. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

7.1. O pagamento será realizado, de forma parcelada, mensalmente, de acordo com os serviços efetivamente executados e atestados pela fiscalização, 20 (vinte) dias após o adimplemento do objeto, assim considerada a execução do serviço, acompanhada do respectivo documento de cobrança (nota fiscal/fatura) devidamente atestada pela Fiscalização;

7.2. Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato;

7.3. Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

7.4. Em caso de atraso injustificado no pagamento, o valor será compensado financeiramente em 0,5% (cinco décimos por cento) de juros de mora por mês "pro rata tempore", contados a partir do dia seguinte ao seu vencimento até a data do efetivo pagamento;

7.5. O valor do pagamento eventualmente antecipado será descontado na razão de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês "pro rata die", contado da data de seu efetivo pagamento.

8. FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

8.1. O fornecedor será selecionado por meio de contratação direta, por inexigibilidade de licitação, com fundamento no art. 74, I, da Lei n. 14.133/2021, por tratar-se de prestação de serviços que são executados com habilitação do prestador indicado pela Portaria SAS/MS nº 367 de 27 de julho de 2004, em que somente o Instituto do Câncer do Ceará está habilitado para realizar o serviço no Município de Volta Redonda.

9. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

9.1. O custo estimado global da presente contratação é de R\$ 11.914.875,60 (onze milhões, novecentos e quatorze mil, oitocentos e setenta e cinco reais e sessenta centavos).

9.2. Data base da estimativa: Outubro de 2024.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

10.1. A despesa com a execução do objeto deste termo de referência correrá pela dotação orçamentária:

11.IMPACTO E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

11.1. A contratada deverá cumprir as orientações descritas no **art. 6º** da Instrução Normativa nº 1, de 19/01/2010, do Ministério Do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), no que couber, além dos critérios eventualmente inseridos na especificação do objeto.

12.SANÇÕES:

12.1. No caso de descumprimento total ou parcial das condições estabelecidas no presente Termo de Referência, a contratada estará sujeita à aplicação das penalidades previstas nos artigos 155 a 163 da Lei Federal n. 14.133/2021.

Volta Redonda - RJ, 05 de novembro de 2024

Elaborado por:

Nome: Iaslin Nostório da Silva
Setor de Compras/FMS/SMS
Matrícula: 438715/PMVR

Responsável (is) por especificações técnicas e quantitativas:

Nome: Bettinne Loreto Moreira
Setor: SCC/DCRAA/SMS
Matrícula: 419435/PMVR

Nome: Gisele Francy Torres Barbosa
Setor: SCC/DCRAA/SMS
Matrícula: 149/SAH

Aprovo o presente Termo de Referência, que constitui peça integrante e inseparável do procedimento de inexigibilidade objetivando a Prestação de serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na Área Cardiovascular (cardiologia intervencionista, cirurgia cardíaca e diagnóstico em cardiologia), descritos na Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme condições e especificações contidas neste Termo de Referência.

Autorizado por:

Maria da Conceição de Souza Rocha
Secretária Municipal de Saúde
Ordenadora de Despesas

Volta Redonda, na data da assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Iaslin Nostorio da Silva, Auxiliar Administrativa**, em 05/11/2024, às 13:53, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Bettinne Loreto Moreira, Enfermeira**, em 05/11/2024, às 14:48, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Gisele Francy Torres Barbosa, Escriturária**, em 05/11/2024, às 15:03, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Maria da Conceicao de Souza Rocha, Secretária Municipal**, em 11/11/2024, às 13:50, conforme art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00164668** e o código CRC **E0663D05**.

Referência: Processo nº VR-12.060-00002110/2024

SEI nº 00164668

Rua São João Batista, Nº46, - Bairro Niterói, Volta Redonda/RJ, CEP 27283-240
Telefone: - www.voltaredonda.rj.gov.br