



TERMO DE REFERÊNCIA

Anexo à Declaração de despesas nº 1.755/2025

1. OBJETO E JUSTIFICATIVA

1.1 OBJETO

O presente Termo de Referência tem como objeto o credenciamento público, com fundamento no artigo 79, inc II da Lei 14.133/2021, para a contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de exames de diagnóstico por imagem – Raio-X, Ecografia, Tomografia Computadorizada e Angiotomografia, destinados aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde de Flores da Cunha.

Da classificação/natureza do objeto: O objeto desta contratação se enquadra como serviços e fornecimentos contínuos: serviços contratados e compras realizadas pela Administração Pública para a manutenção da atividade administrativa, decorrentes de necessidades permanentes ou prolongadas. Além disso, será formalizado através do disposto no Art. 6º, XLIII da Lei nº 14.133/2021 - Credenciamento: é processo administrativo de chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que, preenchidos os requisitos necessários, se credenciem no órgão ou na entidade para executar o objeto quando convocados.

Do prazo para credenciamento: O Credenciamento ficará permanentemente aberto para futuros interessados, durante toda a vigência do Edital, na forma do Art. 79 da Lei nº 14.133/2021.

2. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a Prefeitura Municipal de Flores da Cunha/RS, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, tem como atribuição promover e executar políticas públicas na área da saúde.

A presente contratação justifica-se pela necessidade de dar continuidade ao atendimento das demandas referentes a exames radiológicos, ecográficos e tomográficos, observadas as normas e diretrizes aplicáveis.



Considerando que os exames de imagem – Tomografia Computadorizada, Angiotomografia, Ecografia e Raio-X – constituem ferramentas essenciais para um diagnóstico preciso, possibilitando a definição da conduta terapêutica mais adequada;

Considerando que a Tomografia Computadorizada representa um dos métodos mais eficazes para avaliação diagnóstica, por oferecer imagens tridimensionais de alta precisão, abrangendo ossos, músculos e órgãos internos, por meio de cortes radiográficos transversais obtidos com tomógrafo, subsidiando o diagnóstico clínico desde o atendimento inicial;

Considerando que a emissão de um laudo técnico detalhado em exames de tomografia exige do radiologista responsável amplo conhecimento especializado em diversas áreas, a fim de garantir qualidade e confiabilidade no resultado;

Ressalta-se que a contratação encontra respaldo nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de assegurar qualidade, eficiência e integralidade nos atendimentos prestados aos usuários da rede pública de saúde.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de a Secretaria Municipal de Saúde promover processo licitatório para a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de exames radiológicos, ecográficos e tomográficos, especialmente para os atendimentos eletivos.

Por fim, cumpre destacar que tais serviços são essenciais e indispensáveis para a garantia de um atendimento público de saúde eficiente, eficaz e de qualidade, em conformidade com a missão institucional da Secretaria Municipal de Saúde e no atendimento das demandas da população desta municipalidade.

A Empresa (pessoa jurídica) deverá fornecer a prestação de serviços de realização de exames de diagnóstico por imagem para atendimentos aos pacientes do Sistema Único de Saúde do Município de Flores da Cunha, conforme autorização emitida pela Secretaria da Saúde.

Poderão participar deste processo qualquer pessoa jurídica legalmente constituída que atenda que atenda aos requisitos de habilitação previstos no artigo 62 da lei 14.133/2021.

Além desses requisitos a empresa deverá possuir os seguintes documentos de qualificação técnica:

- a) Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica ou física no Conselho Regional de Medicina conforme disposição da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, em vigor.
- b) Cópia da Cédula de identidade do responsável técnico na especialidade em que se habilita, expedida pelo Conselho Regional e Medicina.
- c) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica com os respectivos números dos registros na entidade profissional competente.



d) Comprovação de inscrição da proponente no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

e) As empresas credenciadas deverão estar sediadas no município de Flores da Cunha, considerando a necessidade de proximidade para a prestação de serviços específicos e a garantia de atendimento adequado à população local. Essa exigência justifica-se pelos seguintes motivos:

- Proximidade para atendimento imediato: quando o serviço requer resposta ágil, a atuação de profissionais ou empresas instaladas no próprio município é fundamental para assegurar maior eficiência e tempestividade nas demandas.
- Conhecimento do território: determinados serviços, especialmente nas áreas de saúde ou assistência técnica especializada, demandam conhecimento das particularidades locais, o que favorece a qualidade e a efetividade das ações.
- Redução de custos e otimização logística: a presença do credenciado no município contribui para a diminuição de despesas operacionais e de deslocamento, além de simplificar a logística e garantir maior economia aos recursos públicos.

3. DO VALOR FIXO PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMESE DA QUANTIDADE ESTIMADA

ITEM	EXAMES DE RAO X	cód SIGTAB	QUANTIDADE ESTIMADA anual	Valor do exame
01	ABDÔMEN –A.P –LAT OU LOCALIZADA	02.04.05.011-1	50	46,96
02	ABDÔMEN AGUDO	02.04.05.012-0	20	66,48
03	ABDÔMEN SIMPLES- A.P	02.04.05.013-8	50	39,60
04	ANTEBRAÇO	02.04.04.001-9	50	34,53
05	ARCADA ZIGOMÁTICA – MALAR – :A.P –OBLIQ.	02.040.01.04-7	50	40,09
06	ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR BILATERAL	02.01.01.005-5	10	43,97
07	ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR	02.04.04.002-7	20	39,76
08	ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL (CADA LADO)	02.04.06.006-0	400	42,22
09	ARTICULAÇÃO ESCÁPULO UMERAL	02.04.04.003-5	20	37,84
10	ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	30	39,63
11	ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACAS	02.04.06.007-9	20	39,57
12	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA – TORNOZELO	02.04.06.008-7	250	32,12
13	BACIA	02.04.06.009-5	200	35,98
14	BRAÇO	02.04.04.005-1	20	40,23
15	CALCANEIO	02.04.06.010-9	80	32,12
16	CAVUM:LAT HIRTZ	02.04.01.006-3	150	39,73
17	CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	50	40,23
18	COLUNA CERVICAL: AP- LAT - TO - OBLIQUAS	02.04.02.003-4	300	45,75



19	COLUNA CERVICAL: AP LAT – TO. OU FLEXAO	02.04.02.004-2	100	39,57
20	COLUNA CERVICAL: FUNC ou DINAM	02.04.02.005-0	30	53,45
21	COLUNA DORSAL: AP LATERAL	02.04.02.009-3	400	44,17
22	COLUNA LOMBO SACRA	02.04.02.006-9	600	44,89
23	COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS	02.04.02.007-7	450	53,95
24	COLUNA LOMBO SACRA FUNC/DINAM	02.04.02.008-5	20	68,05
25	COLUNA DORSAL COM OBLÍQUAS	-	50	45,75
26	COSTELAS – POR HEMITORAX	02.04.03.007-2	350	40,35
27	COTOVELO	02.04.04.007-8	100	32,12
28	COXA	02.04.06.011-7	80	44,17
29	CRÂNIO: AP LAT OBL OU BRETTON HIRTZ	02.04.01.007-1	50	48,78
30	CRÂNIO: PA e LAT	02.04.01.008-0	60	40,23
31	ESÔFAGO	02.04.03.008-0	10	80,00
32	ESÔFAGO – HIATO – ESTÔMAGO – DUODENO	02.04.03.009-9	30	93,74
33	INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.014-6	30	104,44
34	ESTERNO	02.04.05.015-4	20	43,17
35	JOELHO: A.P. - LATERAL	02.04.06.012-5	500	35,05
36	JOELHO OU ROTULA: A.P. - LAT AXIAL	02.04.06.013-3	300	38,88
37	LARINGE	02.04.01.009-8	30	39,53
38	MAMOGRAFIA	02.04.03.018-8	2.000	76,54
39	MÃO ou QUIRODACTILOS	02.04.04.009-4	400	32,12
40	MAOS E PUNHOS P/ IDADE OSSEA	02.04.04.010-8	50	31,53
41	MASTÓIDES OU ROCHEDOS BILATERAL	02.04.01.010-1	30	59,97
42	MAXILAR INFERIOR : PA OBLIQUA	02.04.01.011-0	30	42,00
43	MEDIASTINO	02.04.03.010-2	30	48,80
44	OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL	02.04.04.011-6	300	43,17
45	ÓRBITAS: PA LAT OBL HIRTZ	02.04.01.003-9	30	43,97
46	OSSOS DA FACE: M.N. F.N. LAT HIRTZ	02.04.01.012-8	30	43,40
47	PÉ OU PEDODACTILOS	02.04.06.015-0	500	34,55
48	PERNA	02.04.06.016-8	100	39,01
49	PUNHO: AP LAT OBLÍQUAS	02.04.04.012-4	150	35,70
50	SACRO COCCIX	02.04.02.012-3	50	42,93
51	SEIOS DA FACE: F.N. – M.H. - LAT HIRTZ	02.04.01.014-4	600	43,97
52	SELA TURCICA: P.A.- LAT BRETTON	02.04.01.015-2	30	40,09
53	TORAX : P.A. – LAT – OBLIQUAS	02.04.03.014-5	50	37,16
54	TORAX: P.A	02.04.03.017-0	50	28,23
55	TORAX : P.A. (INS E EXP) - LAT	02.04.03.013-7	50	45,64
56	TORAX: P.A. – LAT	02.04.03.015-3	3.000	41,29



57	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA (CLS + FÊMUR)	02.04.06.002-8	400	124,38
----	--	----------------	-----	--------

	EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA/ECOCARDIOGRAFIA	cód SIGTAB	QUANTIDADE ESTIMADA anual	Valor do exame
				98,71
01	ABDOMEN SUPERIOR	02.05.02.003-8	300	145,79
02	ABDOMEN TOTAL	02.05.02.004-6	2.000	97,19
03	APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	1.000	78,07
04	ARTICULAÇÕES	02.05.02.006-2	2.000	71,25
05	BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	500	78,07
06	CRANIANA	02.05.02.001-1	10	71,25
07	MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	2.000	83,53
08	OBSTÉTRICA CONVENCIONAL	02.05.02.014-3	400	170,20
09	OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	02.05.02.015-1	100	44,41
10	PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	200	78,07
11	PÉLVICA (TRANS-VAGINAL)	02.05.02.018-6	800	60,52
12	PRÓSTATA (VIA-ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	500	121,03
13	PRÓSTATA (VIA-TRANS RETAL)	02.05.02.011-9	50	46,19
14	TÓRAX (EXTRA-CARDÍACO)	02.05.02.013-5	100	71,25
15	TIREÓIDE	02.05.02.012-7	300	242,05
16	ESTUDO DE 03 VASOS COM DOPPLER (ATÉ 03 VASOS) MEMBROS INFERIORES, SUPERIORES, CARÓTIDAS E ARTÉRIAS RENAI	02.05.01.004-0	1.000	71,25
17	ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MÚSCULOS, AXILAS, CERVICAL E TENDÃO)	-	2.000	120,31
18	ESTUDO COM DOPPLER COLORIDO (ACRESCENTADO AO EXAME BASE)	-	1.000	278,53
19	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	02.05.01.004-0	200	406,90
20	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES	-	200	129,79
21	ECOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	-	200	125,45
22	ECOGRRAFIA OBSTÉTRICA DE PRIMEIRO TRIMESTRE	-	300	129,79
23	ECOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFÍSICO FETAL	-	100	496,40
24	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	-	50	519,49
25	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO OU FARMACOLÓGICO	-	50	519,49
26	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOGÁFICO	-	50	461,77
27	PUNÇÃO/BÍOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR US (SEM EXAME BASE)	-	100	

	EXAMES DE TOMOGRAFIA	cód SIGTAB	QUANTIDADE ESTIMADA anual	Valor do exame
01	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE	02.06.01.001-0	50	260,03
02	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE	02.06.01.002-8	50	260,03
03	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	02.06.01.003-6	50	260,03
04	TOMO.A COMP. DE FACE/SEIS FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES C/OU S/ CONT	02.06.01.004-4	100	260,03



05	TOMOGRAFIA COMP. DE MAXILA (SEM CONTRASTE)	-	50	260,03
06	TOMOGRAFIA COMP. DE MANDÍBULA (SEM CONTRASTE)	-	50	260,03
07	TOMOGRAFIA COMP DE PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.005-2	50	311,70
08	TOMOGRAFIA COMP SELA TÚRCICA C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.006-0	50	311,70
09	TOMOGRAFIA COMP DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.007-9	500	311,70
10	TOMOGRAFIA COMP DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/CONT	02.06.02.001-5	50	311,70
11	TOMOGRAFIA COMP DE SEGMENTOS APENDICULARES C/ OU S/ CONT	02.06.02.002-3	10	311,70
12	TOMOGRAFIA COMP. DE TÓRAX C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.02.003-1	500	311,70
13	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/MEDIASTIN(POR PLANO) C/OU S/ CONT	02.06.02.004-0	10	311,70
14	TOMOGRAFIA COMP DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONT	02.06.03.001-0	300	311,70
15	TOMOGRAFIA COMP.DE ASTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONT	02.06.03.002-9	50	311,70
16	TOMOGRAFIA COMP. DE Pelve/BACIA C/ OU S/ CONT	02.06.03.003-7	100	311,70
17	TOMOGRAFIA COMP. DE ABDÔMEN TOTAL C/ OU S/ CONTR	02.06.03.001-0	100	311,70
18	ANESTESIA QUANDO NECESSÁRIA PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA (ADULTO)	04.17.01.004-4	50	160,73

	EXAMES DE ANGIOTOMOGRAFIA	cód SIGTAB	QUANTIDADE ESTIMADA anual	Valor do exame
01	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	41001184	20	450,22
02	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA	41001176	20	450,22
03	ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - ARTERIAL	41001435	20	450,22
04	ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - VENOSA	41001443	20	450,22
05	ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO - ARTERIAL	41001370	20	450,22
06	ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO - VENOSA	41001389	20	450,22
07	ANGIOTOMOGRAFIA PESCOÇO - ARTERIAL	41001397	20	450,22
08	ANGIOTOMOGRAFIA PESCOÇO - VENOSA	41001400	20	450,22
09	ANGIOTOMOGRAFIA Pelve - ARTERIAL	41001451	20	450,22
10	ANGIOTOMOGRAFIA Pelve - VENOSA	41001460	20	450,22
11	ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR - ARTERIAL	41001516	20	450,22
12	ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR - VENOSA	41001524	20	450,22
13	ANGIOTOMOGRAFIA M.I DIREITO - ARTERIAL	41001478	20	450,22
14	ANGIOTOMOGRAFIA M.I DIREITO - VENOSA	41001486	20	450,22
15	ANGIOTOMOGRAFIA M.I ESQUERDO - ARTERIAL	41001478	20	450,22
16	ANGIOTOMOGRAFIA M.I ESQUERDO - VENOSA	41001486	20	450,23
17	ANGIOTOMOGRAFIA M.S DIREITO - ARTERIAL	41001494	20	450,22
18	ANGIOTOMOGRAFIA M.S DIREITO - VENOSA	41001508	20	450,22
19	ANGIOTOMOGRAFIA M.S ESQUERDO - ARTERIAL	41001494	20	450,22
20	ANGIOTOMOGRAFIA M.S ESQUERDO - VENOSA	41001508	20	450,22
21	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX - ARTERIAL	41001419	20	450,22



22	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX - VENOSA	41001427	20	450,22
----	-----------------------------------	----------	----	--------

	EXAMES DE RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA		QUANTIDADE ESTIMADA anual	Valor do exame
				107,30
01	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	-	50	43,96
02	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (1 ELEMENTO)	-	50	65,63
03	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL DE MOLARES OU PRÉ-MOLARES (UNILATERAL)	-	50	

3.1 – PESQUISA DE PREÇOS

A pesquisa de preços teve por finalidade subsidiar a definição do valor de referência para futura contratação de serviços de exames de imagem, a serem disponibilizados por meio de credenciamento, visando assegurar a economicidade e a compatibilidade com os valores praticados no mercado local e regional.

As empresas credenciadas deverão estar sediadas no município de Flores da Cunha, considerando a necessidade de proximidade para a prestação de serviços específicos e a garantia de atendimento adequado à população local. Essa exigência justifica-se pelos seguintes motivos: Proximidade para atendimento imediato: quando o serviço requer resposta ágil, a atuação de profissionais ou empresas instaladas no próprio município é fundamental para assegurar maior eficiência e tempestividade nas demandas.

Conhecimento do território: determinados serviços, especialmente nas áreas de saúde ou assistência técnica especializada, demandam conhecimento das particularidades locais, o que favorece a qualidade e a efetividade das ações.

Redução de custos e otimização logística: a presença do credenciado no município contribui para a diminuição de despesas operacionais e de deslocamento, além de simplificar a logística e garantir maior economia aos recursos públicos.

A pesquisa de preços teve por finalidade subsidiar a definição do valor de referência para a futura contratação de serviços de exames de imagem, a serem disponibilizados por meio de credenciamento, de forma a assegurar a economicidade e a compatibilidade com os valores praticados no mercado local e regional.

Foram realizadas cotações de preços junto às duas empresas sediadas no município de Flores da Cunha que prestam serviços de diagnóstico por imagem. Para a composição dos valores referentes aos exames de Raio X e Ecografia, aplicou-se o índice do IPCA sobre os preços do



contrato atualmente vigente, visando garantir a atualização monetária e a representatividade dos valores praticados no mercado.

Para os exames de Tomografia e Angiotomografia, foi necessária a cotação junto a uma empresa de outro município, uma vez que apenas um prestador local realiza esses procedimentos.

Com o objetivo de ampliar a oferta de serviços especializados à população e atender à crescente demanda por exames odontológicos, o Município está incluindo o Raio X Odontológico como novo serviço a ser credenciado, até então inexistente na rede municipal.

Na definição do valor de referência, foram consideradas as cotações obtidas, adotando-se critérios específicos conforme a natureza de cada tipo de exame:

- **Exames de Diagnóstico por Imagem** (radiografias, ecografias, tomografias e angiotomografias): adotou-se o menor valor entre as cotações obtidas, em razão da homogeneidade dos serviços, da ampla oferta local e da experiência prévia do Município com esses procedimentos.
- **Exames de Raio X Odontológico:** utilizou-se a média aritmética dos valores cotados, considerando as diferenças de mercado, as especificidades técnicas e as variações na oferta do serviço. Ressalta-se que este é um serviço novo, ainda não credenciado no município, motivo pelo qual foi necessária a obtenção de cotação junto a empresas de outros municípios.

4. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- A equipe técnica responsável deverá ser composta por profissionais qualificados, incluindo médicos radiologistas com experiência comprovada e técnicos em radiologia habilitados.
- Os equipamentos utilizados deverão ser de tecnologia avançada, possuir certificação de qualidade e estar em conformidade com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Para todos os exames realizados, a Credenciada deverá preencher e assinar o respectivo laudo, contendo os dados clínicos e/ou diagnóstico do paciente, e disponibilizá-lo ao paciente, em formato físico ou digital, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a realização do exame, exceto em situações excepcionais devidamente justificadas.



- O serviço deverá incluir a disponibilização de um sistema informatizado para agendamento, acompanhamento e compartilhamento dos resultados com os profissionais de saúde responsáveis.
- Todas as normas de segurança radiológica deverão ser rigorosamente observadas, de forma a garantir a proteção da equipe, pacientes e demais pessoas presentes durante os exames.
- Os exames serão realizados semanalmente, de segunda a sexta-feira, nas dependências da contratada, conforme fluxo e número de atendimentos definidos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.
- Deverá ser assegurado o atendimento de rotina, bem como encaixes para urgências e atendimentos de livre demanda, desde que devidamente justificados pela equipe de saúde.
- O agendamento dos exames deverá ser realizado diretamente pelo usuário, nos serviços credenciados.
- A utilização dos serviços dar-se-á conforme os encaminhamentos realizados pela Secretaria Municipal da Saúde.
- A escolha do prestador ocorrerá por meio de rodízio entre as empresas devidamente credenciadas, conforme critérios e procedimentos a serem definidos pelo Município, com o objetivo de assegurar a divisão equitativa da demanda entre as credenciadas, promovendo a isonomia, a transparência e a eficiência na execução dos serviços.
- O credenciamento não implica qualquer obrigação do Município em realizar encaminhamentos à empresa credenciada, sendo que o envio de pacientes ocorrerá conforme a necessidade e a demanda existente, a critério da Secretaria Municipal da Saúde.
- A Credenciada é responsável pelo reagendamento e comunicação aos pacientes de eventuais horários cancelados.
- Somente serão pagos os exames e procedimentos efetivamente realizados.
- A credenciada deverá prestar os serviços nas condições e preços pré-estabelecidos neste Termo de Referência.
- A credenciada deverá atender em estabelecimento indicado em seu alvará de localização e saúde apresentado para habilitação.
- O prestador fará jus apenas aos valores correspondentes aos serviços previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde e efetivamente realizados.



- É vedada a cobrança de valor adicional, a qualquer título, dos pacientes encaminhados pelo Município, sob pena de descredenciamento do presente certame bem como aplicação das penalidades previstas neste Edital e Lei Federal 14.133/21.
- A eventual mudança de endereço da credenciada deverá ser comunicada expressamente ao Credenciante acompanhado dos novos alvarás de localização e saúde, que analisará a conveniência de manter os serviços em outro endereço.
- A credenciada deverá proporcionar acessibilidade aos portadores de deficiência física e cadeirantes.
- É vedada a subcontratação ou transferência total ou parcial dos serviços que compõem o objeto do termo de credenciamento.
- A Credenciada, é responsável pela indenização de dano causado ao paciente e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária ou negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à credenciada o direito de regresso.

5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

5.1. Documentos relativos à qualificação técnica:

Poderão participar deste processo qualquer pessoa jurídica legalmente constituída que atenda que atenda aos requisitos de habilitação previstos no artigo 62 da lei 14.133/2021.

Além desses requisitos a empresa deverá possuir os seguintes documentos de qualificação técnica:

- a) Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica no Conselho Regional de Medicina conforme disposição da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, em vigor.
- b) Cópia da Cédula de identidade do responsável técnico na especialidade em que se habilita, expedida pelo Conselho Regional e Medicina.
- c) Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando a capacidade do licitante em prestar serviços compatíveis em especificação, quantidade e prazos, conforme objeto da presente Licitação.
- d) Apresentar relação detalhada do(s) profissional(is) médico(s) da empresa que prestará(ão) os serviços, juntamente com o registro de cada profissional no Conselho Regional de Medicina, o comprovante de especialização em radiologia e técnicos em radiologia.



6. DO CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO DAS DEMANDAS

A escolha do prestador ocorrerá por meio de rodízio entre as empresas devidamente credenciadas, conforme critérios e procedimentos a serem definidos pelo Município, com o objetivo de assegurar a divisão equitativa da demanda entre as credenciadas, promovendo a isonomia, a transparência e a eficiência na execução dos serviços.

7. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

Os contratos assinados em razão do credenciamento possuirão vigência de 12 (doze) meses, contados da assinatura do termo contratual, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, mediante termo aditivo, até completar 10 (dez) anos.

Caso houver prorrogação, poderá ser aplicado o índice do IPCA anual para reajuste ou por outro índice que vier a substituí-lo.

Esse prazo poderá ser prorrogado nos termos do artigo 106 e 107 da Lei 14.133/2021, permitida a negociação com o contratado ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes.

A prorrogação desta contratação está condicionada a:

Apresentação de relatório favorável do fiscal responsável, com a motivação da prorrogação contratual, atestado pela autoridade competente, com a manifestação de que as condições e os preços permanecem economicamente vantajosos para a Administração.

Manifestação expressa do interesse do contratado na prorrogação e a comprovação de que mantém todas as condições de habilitação e qualificação, nos termos do art. 92, XVI da Lei n.º 14.133/2021.

Indicação da existência de créditos orçamentários vinculados.

O contratado não tem direito subjetivo.

8. DO PAGAMENTO

Os Pagamentos serão realizados da seguinte forma:

a) O pagamento será realizado, de acordo com os serviços efetivamente prestados, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da execução do processo como um todo, mediante apresentação da respectiva nota fiscal.

b) Fica a empresa obrigada à retenção do Imposto de Renda Retido em seus pagamentos conforme IN-RFB nº 1.234/2012 e Decreto Executivo Municipal nº 6.486/2022, devendo a mesma



emitir os documentos fiscais observadas as disposições da citada Instrução Normativa, observando o correto destaque do valor do Imposto de Renda a ser retido.

c) Fica a empresa, junto a esta Secretaria, cientes de que todas as notas fiscais, com exceção das emitidas por empresa optante pelo Simples Nacional, deverão ser entregues na contabilidade no mês em que forem emitidas.

d) Apresentação das autorizações para a realização dos exames emitida por funcionário da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o relatório de atendimentos, conforme modelo disponibilizado pela Secretaria, para conferência e registro administrativo.

9. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes desta aquisição correrão por conta da dotação orçamentária indicada pelo Departamento de Contabilidade na Declaração de Despesas anexa a este Termo de Referência.

10. FISCAL RESPONSÁVEL

Fica designado a servidora Angélica Severo com a função de fiscalizar esta contratação. Fica designada a Secretária Municipal de Saúde, Sra. Jane Paula Baggio, com a função de Gestor desta contratação.

11. SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO TERMO DE REFERÊNCIA

Contato do responsável: Elizabete Uliana Ascari, saude@floresdacunha.rs.gov.br, (54)3292 6800.

Flores da Cunha, RS, 08 de outubro de 2025

Jane Paula Baggio
Secretária da Saúde

JANE PAULA BAGGIO
Secretária Municipal de Saúde