

TERMO DE REFERÊNCIA 003/2025

1. DO OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto o **credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de diagnóstico por imagem, com emissão de laudos**, divididos em 2 (dois) Lotes, necessários ao atendimento de pacientes do Hospital Santa Casa de Santa Helena, conforme especificações técnicas, quantidades estimadas e valores constantes nos Anexos, sendo:

- **Lote 1** – Exames de Raio-X e respectivos laudos, remunerados de acordo com a **Tabela Própria da Contratante - anexo I**;
- **Lote 2** – Exames de Tomografia Computadorizada e respectivos laudos, remunerados conforme **Tabela CISCOPAR - anexo II**.

1.2. O credenciamento terá caráter **não exclusivo**, permitindo a participação de todos os interessados que atendam às condições deste instrumento, em conformidade com o disposto no **art. 78 da Lei Federal nº 14.133/2021**.

2. DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os pacientes serão encaminhados pelo **Hospital Santa Casa de Santa Helena** – PR, Rua Praça do Colono, nº 1888, Centro, CEP: 85.892-000.

2.2. Os exames poderão ser realizados em sede própria da credenciada no Município de Santa Helena–PR ou, quando necessário, em laboratórios de apoio, desde que previamente autorizados pela Contratante e devidamente cadastrados no **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

3. DA JUSTIFICATIVA

3.1. A contratação visa garantir o atendimento integral e contínuo à população, em conformidade com o **Termo de Colaboração nº 002/2024**, celebrado entre o Município de Santa Helena e a Contratante, assegurando suporte diagnóstico ao corpo clínico do hospital.

4. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

4.1. Os serviços compreendem a realização de exames de diagnóstico por imagem e a emissão dos respectivos laudos para todos os pacientes encaminhados pela Contratante, observadas as normas legais e regulamentares aplicáveis, sendo divididos em 2 (dois) Lotes:

- **Lote 1** – Exames de Raio-X e respectivos laudos, conforme Tabela CISCOPAR, de acordo com as quantidades estimadas e valores constantes no Anexo I;
- **Lote 2** – Exames de Tomografia Computadorizada e respectivos laudos, conforme Tabela Própria da Contratante, constante no Anexo I.

4.2. Os laudos deverão ser disponibilizados em formato impresso e digital (plataforma online ou telemedicina), observadas as disposições do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) e a RDC nº 330/2019 da ANVISA, ou outra que venha a substituí-la.

4.3. Quantidade Estimada de Serviços:

A prestação dos serviços será dividida em 2 (dois) Lotes, conforme discriminado no Anexo I deste Termo de Referência, sendo:

- **Lote 1** – Exames de Raio-X e respectivos laudos, remunerados de acordo com a **Tabela Própria da Contratante**;
- **Lote 2** – Exames de Tomografia Computadorizada e respectivos laudos, remunerados conforme **Tabela CISCOPAR**, também constante nos anexos.

5. REQUISITOS TÉCNICOS

5.1. A credenciada deverá:

5.1.1. Estar regularmente cadastrada no **CNES** e possuir **alvará sanitário vigente**.

5.1.2. Cumprir integralmente a **RDC Nº 330, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2019** e demais normas correlatas.

5.1.3. Manter responsável técnico legalmente habilitado e registrado no respectivo Conselho Profissional.

5.1.4. Demonstrar experiência na execução de serviços similares por meio de **atestados de capacidade técnica**.

5.1.5. Disponibilizar infraestrutura física, tecnológica e logística compatível com a demanda.

5.1.6. Implementar medidas de **segurança da informação e proteção de dados pessoais**, em conformidade com a **LGPD (Lei nº 13.709/2018)**.

5.2. Documentos de habilitação exigidos:

- 5.2.1.** Cartão CNPJ e contrato social/estatuto atualizado.
- 5.2.2.** Certidões negativas de débitos fiscais, trabalhistas e previdenciários.
- 5.2.3.** Registro do laboratório e do responsável técnico nos Conselhos de Classe.
- 5.2.4.** CNES atualizado e alvará sanitário expedido pela autoridade local.
- 5.2.5.** Declaração de ciência e cumprimento da LGPD.
- 5.2.6.** Atestados de capacidade técnica.

5.3 Da duração do contrato

5.3.1. O contrato terá vigência de 12 meses, contados a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado conforme disposto na Lei n.º 14.133/2021, desde que devidamente justificado e autorizado.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1. São obrigações da contratada:

- 6.1.1.** Fornecer equipe de profissionais devidamente habilitados e inscritos e regulares nos respectivos conselhos de classe, e em quantidade suficiente para a prestação dos serviços descritos.
- 6.1.2.** Gerenciar os profissionais necessários, elaborar e organizar suas escalas, supervisionar os serviços contratados a fim de garantir o atendimento integral da demanda dos exames de imagem.
- 6.1.3.** Manter a regularidade da documentação exigida e a conformidade com as normas do CRM e demais Conselhos de Classe.
- 6.1.4.** Apresentar para o pagamento, até o 5º dia corrido do mês subsequente ao dos serviços prestados, nota fiscal com o descritivo das atividades e a relação de exames realizados, contendo: nome do paciente, data e horário do atendimento, o exame realizado e valor contratado pelo procedimento, em planilha organizada em ordem crescente por data de realização e ainda, conter em anexo a guia de solicitação do exame encaminhada pela CONTRATADA.
- 6.1.5.** Garantir que todos os procedimentos sigam as normas sanitárias e éticas vigentes, priorizando a segurança e o bem-estar dos pacientes.
- 6.1.6.** Reparar, às suas custas, eventuais falhas constatadas na prestação dos serviços. Assumir integralmente a responsabilidade por danos causados à Contratante ou a terceiros, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia.
- 6.1.7.** Prover todos os profissionais, insumos, materiais, equipamentos e procedimentos necessários para a realização dos serviços em sua unidade de exames.
- 6.1.8.** Realizar os exames em sede própria no Município de Santa Helena – PR.

6.1.9. Expedir os laudos dos exames de forma impressa sempre que necessário e ou solicitado, bem como emitir através de acesso on-line e ou via telemedicina de acordo com as legislações vigentes preconizadas pelo CRM-PR.

6.1.10. Informar telefone para contato comercial e outro, inclusive específico para chamadas de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que contenham WhatsApp, de forma a registrar o horário do chamado.

6.1.11. Obedecer às normas legais da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, assim como as resoluções dos Conselhos de Classe e cumprir as determinações da CONTRATANTE.

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

7.1. São obrigações da contratante:

7.1.1. Fiscalizar a execução dos serviços, garantindo que estejam em conformidade com o contrato e com o Termo de Referência.

7.1.2. Encaminhar os pacientes com as devidas solicitações de exames.

7.1.3. Notificar a Contratada sobre qualquer irregularidade encontrada na prestação dos serviços para imediata correção.

7.1.4. Efetuar os pagamentos nos prazos e condições estabelecidas, desde que a Contratada cumpra suas obrigações de faturamento e mantenha a regularidade fiscal.

8. DO PAGAMENTO

8.1. O pagamento será realizado por demandas de serviços, com base nos valores definidos na tabela do **Anexo I**, sendo pago um valor adicional para o uso de contraste, conforme especificado na tabela até o **15º (décimo quinto) dia útil após o recebimento da Nota Fiscal**, desde que acompanhada do relatório de exames e das certidões de regularidade fiscal válidas

8.2. A remuneração observará os valores da **Tabela da CISCOPAR**, tabela própria, ou do SUS/município, conforme pactuado.

8.3. Eventuais glosas ou não conformidades poderão ser descontadas do faturamento, mediante prévia notificação.

9. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

9.1. A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada por uma comissão da contratante, que registrará eventuais não conformidades ou desvios na execução.

9.2. A contratada deverá permitir o acesso irrestrito às dependências e documentos necessários para a fiscalização dos serviços.

9.3. O preço máximo a ser pago pela Contratante à Contratada, será o valor da Tabela da CISCOPAR. Os valores previstos serão fixos e irrevogáveis durante o período de 12 (doze) meses, salvo pela superveniência de nova política econômica com determinação diversa, ou salvo alteração da CISCOPAR, hipótese em que a cláusula do valor poderá ser revista e alterada, por meio de competente termo aditivo, mediante a solicitação e justificativa formal da empresa, com apresentação de planilha e documentos que comprovem o impacto da mudança nos custos.

10. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

10.1. Em caso de descumprimento das obrigações, poderão ser aplicadas sanções como advertência, multa, suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública por até 2 (dois) anos, e declaração de inidoneidade.

11. VIGÊNCIA

11.1. O credenciamento terá vigência inicial de **12 (doze) meses**, prorrogável mediante justificativa e interesse público, observado o limite legal.

Santa Helena, xx de xxx de 2025.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Os casos omissos serão resolvidos conforme as disposições da Lei n.º 14.133/2021 e demais legislações aplicáveis.

12.2. Este Termo de Referência integra o Edital de Credenciamento 02/2025 e deve ser rigorosamente seguido na execução dos serviços.

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santa Helena

ANEXO I

DIAGNÓSTICO POR RAIO-X	VALOR
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA + OBLÍ + HIRTZ)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DO ARCO ZIGOMÁTICO-MALAR (AP + OBLÍ)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ART. TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL+BRETTON)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + FN + LATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LAT+ FLEXÃO)	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUN./ DINÂMICA	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLÍQUAS)	R\$ 80,00

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUN/DINÂMICA	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCÍGEA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL(P/ ESC)	R\$ 120,00
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS (PA+ LATERAL+OBL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 60,00

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRÊS POSICOES)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (DECÚBITO E ORTOSTÁTICA)	R\$ 80,00
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 90,00
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	R\$ 60,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DE COLUNA OU FÊMUR (1 SEG)	R\$ 150,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DE COLUNA E FÊMUR (2 SEG)	R\$ 200,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO INTEIRO	R\$ 300,00
ESCANOMETRIA	R\$ 100,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE COXA OU FÊMUR	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 60,00

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LAT + AXIAL)	R\$ 70,00
RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 60,00
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 120,00

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA	VALOR
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 300,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 300,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES)	R\$ 250,00

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 300,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA - TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 250,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 350,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 350,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 700,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO (GEMELAR)	R\$ 700,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER TIREOIDE	R\$ 350,00

ANEXO II

DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$290,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$700,00

ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE Pelve Arterial - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO VENOSA - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX VENOSA - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR VENOSA - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE Pelve Venosa - COM CONTRASTE	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO ARTERIAL	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX ARTERIAL	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR ARTERIAL	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE Pelve Arterial	R\$ 700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO VENOSA	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX VENOSA	R\$ 700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR VENOSA	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE Pelve Venosa	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$700,00

TOMOGRAFIA DE MANDÍBULA TOTAL	R\$290,00
TOMOGRAFIA DE MAXILA TOTAL	R\$ 290,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE	R\$290,00
ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS INFERIORES (COXA, PERNA, PÉ)	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO)	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$700,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$700,00
USO DE CONTRASTE EM EXAMES	R\$90,00