

JUSTIFICATIVA DA DISPENSA / INEXIGIBILIDADE

1. OBJETO DE CONTRATAÇÃO

Constitui objeto do presente o Credenciamento de Empresa para prestação de serviços de PROCEDIMENTOS DE IMAGEM COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA dos pacientes assistidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Tubarão relacionados no ANEXO I, constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) disponíveis em: www.sigtap.datasus.gov.br fornecidos em âmbito municipal, conforme rotina adotada, observando os prazos e procedimentos descritos neste Edital.

1.1 DA DESCRIÇÃO DO OBJETO

ANEXO I – TABELA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA CONFORME ÁREAS MÉDICAS E EXAMES COMPLEMENTARES FORNECIDOS EM ÂMBITO MUNICIPAL, CONFORME ROTINA ADOTADA

Todos os códigos abaixo relacionados constam na Tabela SIGTAP, podendo ser acessada também no endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio>.

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica conforme subgrupo 04 - Diagnóstico por Radiologia, formas de organização 01 a 06 conforme Tabela SIGTAP					
Item	CÓDIGO	Descrição	Valor SIGTAP em R\$	Comple-mento Munici-pal	Valor Final em R\$
1	0204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	48,85	-	48,85
2	0204010020	PLANIGRAFIA DE LARIN-GE	27,32	-	27,30
3	0204010039	RADIOGRAFIA BILATE-RAL DE ORBITAS (PA + OBLI- QUAS + HIRTZ)	8,38	51,62	60,00
4	0204010047	RADIOGRAFIA DE AR-CADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLI-QUAS)	6,96	23,04	30,00
5	0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTI-CULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATE-RAL	8,38	51,62	60,00
6	0204010063	RADIOGRAFIA DE CA-VUM (LATERAL +	6,88	23,12	30,00



		HIRTZ)			
7	0204010071	RADIOGRAFIA DE CRA- NIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	9,15	50,85	60,00
8	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRA- NIO (PA + LATERAL)	7,52	22,48	30,00
9	0204010098	RADIOGRAFIA DE LARIN- GE	5,74	24,26	30,00
10	0204010101	RADIOGRAFIA DE MAS- TOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	9,03	50,97	60,00
11	0204010110	RADIOGRAFIA DE MA- XILAR (PA + OBLIQUA)	7,20	22,80	30,00
12	0204010128	RADIOGRAFIA DE OS- SOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	8,38	51,62	60,00
13	0204010136	RADIOGRAFIA DE RE- GIAO ORBITARIA (LO- CALIZACAO DE COR- PO ESTRANHO)	7,98	22,02	30,00
14	0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LA- TERAL+ HIRTZ)	7,32	52,68	60,00
15	0204010152	RADIOGRAFIA DE SE- LA TURSICA (PA + LA- TERAL + BRETTON)	7,20	22,80	30,00
16	0204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	3,51	26,49	30,00
17	0204010179	RADIOGRAFIA PANO- RAMICA	9,03	20,97	30,00
18	0204010187	RADIOGRAFIA PERI-API- CAL INTERPROXIMAL- (BITE-WING)- REVOGA- DO NO SIGTAP	1,75	28,25	30,00
19	0204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	48,85	-	48,85
20	0204010209	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	6,44	23,56	30,00
21	0204020018	MIELOGRAFIA	118,60	-	118,60
22	0204020026	PLANIGRAFIA DE CO- LUNA VERTEBRAL	19,60	10,40	30,00
23	0204020034	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA CERVICAL (AP +	8,33	51,67	60,00



		LATERAL + TO + OBLI- QUAS)			
24	0204020042	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLE- XAO)	8,19	51,81	60,00
25	0204020050	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA CERVICAL FUN- CIONAL / DINAMICA	10,29	49,71	60,00
26	0204020069	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA LOMBO-SACRA	10,96	19,04	30,00
27	0204020077	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	14,90	45,10	60,00
28	0204020085	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	16,88	43,12	60,00
29	0204020093	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA TORACICA (AP + LATERAL)	9,16	20,8 4	30,00
30	0204020107	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA TORACO-LOM- BAR	9,73	20,2 7	30,00
31	0204020115	RADIOGRAFIA DE CO- LUNA TORACO-LOM- BAR DINAMICA	15,58	44,4 2	60,00
32	0204020123	RADIOGRAFIA DE RE- GIAO SACRO-COCCI- GEA	7,80	22,5 0	30,00
33	0204030013	BRONCOGRAFIA UNILA- TERAL	110,4 1	-	110,41
34	0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	57,16	-	57,16
35	0204030048	MARCACAO PRE-CIRUR- GICA DE LESAO NAO PAL- PAVEL DE MAMA ASSOCI- ADA A MAMOGRAFIA	62,50	-	62,50
36	0204030056	RADIOGRAFIA DE CORA- CAO E VASOS DA BASE (PA+ LATERAL + OBLI- QUA)	14,32	45,6 8	60,00
37	0204030064	RADIOGRAFIA DE CORA- CAO E VASOS DA BASE	9,05	20,9 5	30,00



		(PA + LATERAL)			
38	0204030072	RADIOGRAFIA DE COS- TELAS (POR HEMITO- RAX)	8,37	21,6 3	30,00
39	0204030080	RADIOGRAFIA DE ESO- FAGO	19,24	10,7 6	30,00
40	0204030099	RADIOGRAFIA DE ES- TERNO	7,98	22,0 2	30,00
41	0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDI- ASTINO (PA E PERFIL)	8,73	21,2 7	30,00
42	0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEU- MOMEDIASTI- NO	27,27	2,73	30,00
43	0204030129	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (APICO-LORDOR- TICA)	5,56	24,4 4	30,00
44	0204030137	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATE- RAL)	14,32	45,6 8	60,00
45	0204030145	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	12,02	47,9 8	60,00
46	0204030153	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (PA E PERFIL)	9,50	20,5 0	30,00
47	0204030161	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (PA PADRAO OIT)	6,55	23,4 5	30,00
48	0204030170	RADIOGRAFIA DE TO- RAX (PA)	6,88	23,1 2	30,00
49	0204040019	RADIOGRAFIA DE AN- TE- BRACO	6,42	23,5 8	30,00
50	0204040027	RADIOGRAFIA DE AR- TICU-LACAO ACROMIO- CLAVICULAR	7,40	22,60	30,00
51	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTI- CULACAO ESCAPULO- UMERAL	7,40	22,60	30,00
52	0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTI- CULACAO ESTERNO- CLAVICU- LAR	7,40	22,60	30,00
53	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	7,77	22,23	30,00
54	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVI- CULA	7,40	22,60	30,00
55	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTO-	5,90	24,10	30,00



VELO

56	0204040086	RADIOGRAFIA DE DE- DOS DA MAO	5,62	24,38	30,00
57	0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	6,30	23,70	30,00
58	0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DE- TERMINACAO DE IDA- DE OSSEA)	6,00	24,00	30,00
59	0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCA- PULA/OMBRO (TRES POSICOES)	7,98	52,02	60,00
60	0204040124	RADIOGRAFIA DE PU- NHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	6,91	53,09	60,00
61	0204050014	CLISTER OPACO C/ DU- PLO CONTRASTE	47,76	-	47,76
62	0204050022	COLANGIOGRAFIA PER- OPERATORIA	32,61	-	32,61
63	0204050030	COLANGIOGRAFIA POS- OPERATORIA	32,61	-	32,61
64	0204050049	DUODENOGRAMIA HIPO- TONICA	34,52	-	34,52
65	0204050057	FISTULOGRAFIA	45,34	-	45,34
66	0204050065	HISTEROSSALPINGO- GRAFIA	45,34	-	45,34
67	0204050073	PIELOGRAFIA ANTE- RO- GRADA PERCU- TANEA	73,15	-	73,15
68	0204050081	PIELOGRAFIA ASCEN- DENTE	52,11	-	52,11
69	0204050103	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	14,48	15,52	30,00
70	0204050111	RADIOGRAFIA DE AB- DOMEN (AP + LATE- RAL / LO- CALIZADA)	10,73	19,27	30,00
71	0204050120	RADIOGRAFIA DE AB- DOMEN AGUDO (MINI- MO DE 3 INCIDENCIAS)	15,30	44,70	60,00
72	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDO- MEN SIMPLES (AP)	7,17	22,83	30,00
73	0204050146	RADIOGRAFIA DE ESTO- MAGO E DUODENO	35,22	-	35,22
74	0204050154	RADIOGRAFIA DE IN- TESTINO DELGADO	47,59	47,41	95,00



(TRANSITO)					
75	0204050162	RADIOGRAFIA P/ ESTU- DO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	48,09	-	48,09
76	0204050170	URETROCISTOGRAFIA	52,11	-	52,11
77	0204050189	UROGRAFIA VENOSA	57,40	-	57,40
78	0204060010	ARTROGRAFIA	45,34	-	45,34
79	0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE CO- LUNA (VERTEBRAS LOM- BARES	55,10	-	55,10
80	0204060036	ESCANOMETRIA	7,77	52,23	60,00
81	0204060044	PLANIGRAFIA DE OS- SO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	18,68	11,32	30,00
82	0204060052	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	18,68	11,32	30,00
83	0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTI- CULACAO COXO- FEMORAL	7,77	22,23	30,00
84	0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTI- CULACAO SACRO-ILIA- CA	7,77	22,23	30,00
85	0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTI- CULACAO TIBIO-TARSI- CA	6,50	23,50	30,00
86	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	7,77	22,23	30,00
87	0204060109	RADIOGRAFIA DE CAL- CANEIO	6,50	23,50	30,00
88	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	8,94	21,06	30,00
89	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOE- LHO (AP + LATERAL)	6,78	23,22	30,00
90	0204060133	RADIOGRAFIA DE JOE- LHO OU PATELA (AP + LATERAL+ AXIAL)	7,16	52,84	60,00
91	0204060141	RADIOGRAFIA DE JOE- LHO OU PATELA (AP + LATERAL+ OBLIQUA + 3 AXIAIS)	9,29	50,71	60,00
92	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	6,78	23,22	30,00
93	0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	8,94	21,06	30,00



94	0204030030	MAMOGRAFIA UNILATE- RAL	22,50	-	22,50
95	0204030188	MAMOGRAFIA BILATE- RAL PARA RASTREA- MENTO	45,00	15,00	60,00

**TABELA DE EXAMES RADIOLÓGICOS COMPLEMENTARES OFERECIDOS
EM ÂMBITO MUNICIPAL**

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
96	0904010060	RADIOGRAFIA CAVUM LATERAL	30,00
97	0904010061	RADIOGRAFIA SEIOS DA FACE MN/FN	30,00
98	0904010062	RADIOGRAFIA COLUNA CERVICAL AP E LATERAL	30,00
99	0904010063	RADIOGRAFIA PUNHO AP E LATERAL	30,00

**Procedimentos com Finalidade Diagnóstica conforme subgrupo 05 Diagnóstico
por Ultrassonografia, formas de organização 01 e 02 conforme Tabela SIGTAP**

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple- mento Municipal	Valor fi- nal R\$
1	0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPE- RIOR	24,20	35,80	60,00
2	0205020046	ULTRASSONOGRADIA DE ABDOMEN TOTAL	37,95	62,05	100,00
3	0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁ- RIO	24,20	35,80	60,00
4	0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	24,20	35,80	60,00
5	0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	35,80	60,00
6	0205020089	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR	24,20	35,80	60,00
7	0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	24,20	35,80	60,00
8	0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	24,20	35,80	60,00
9	0205020119	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA	24,20	35,80	60,00



		TRANSRETAL)			
10	0205020127	ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE	24,20	35,80	60,00
11	0205020135	ULTRASSONOGRAMA DE TÓRAX	24,20	35,80	60,00
12	0205020143	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA	24,20	35,80	60,00
13	0205020151	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	39,60	20,40	60,00
14	0205020160	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	24,20	35,80	60,00
15	0205020178	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	24,20	35,80	60,00
16	0205020186	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL	24,20	35,80	60,00
17	0205010059	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	42,90	95,10	138,00
18	0205020011	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	117,00	133,00	250,00

TABELA DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAMA COMPLEMENTARES OFERECIDOS EM ÂMBITO MUNICIPAL

Código	Descrição	Valor
0904010064	USG de Região inguinal (bilateral)	R\$60,00
0904010065	USG de Região Axilar (bilateral)	R\$60,00
0904010066	USG de Partes Moles	R\$60,00
0904010067	USG de Parede Abdominal	R\$60,00
0904010068	USG de Órgãos e Estruturas Superficiais (Músculos, Tendões e Glândulas Salivares)	R\$60,00
0904010069	USG Obstétrica Gemelar	R\$100,00

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica conforme subgrupo 06 Diagnóstico por Tomografia, formas de organização 01, 02 e 03 conforme Tabela SIGTAP

Item	Código	Descrição	Valor
1	0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	86,76
2	0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	101,10



3	0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLU- NA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	86,76
4	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FA- CE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO-MADI- BULARES	86,75
5	0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PES- COÇO	86,75
6	0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SE- LA TURCICA	97,44
7	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂ- NIO	97,44
8	0206010087	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	138,63
9	0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTI- CULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	86,75
10	0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEG- MENTOS APENDICULARES	86,75
11	0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	136,41
12	0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDO- MEN	138,63
13	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTI- CULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	86,75
14	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/BACIA	138,63

**Procedimentos com Finalidade Diagnóstica conforme subgrupo 07 Diagnóstico por
Ressonância Magnética, formas de organização 01, 02 e 03 conforme Tabe-
la SIGTAP**

Item	Código	Descrição	Valor
1	0207010021	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	268,75
2	0207010030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	268,75
3	0207010048	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLU- NA LOMBO-SACRA	268,75
4	0207010056	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	268,75
5	0207010064	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	268,75
6	0207010072	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	268,75
7	0207020019	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	361,25
8	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPEIROR (UNILATERAL)	268,75
9	0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	268,75
10	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SU-	268,75



		PERIOR	
11	0207030022	RESSONÂNCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFEROR	268,75
12	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	268,75
13	0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	268,75

Procedimentos com Finalidade Diagnóstica conforme subgrupo 09 Diagnóstico por Endoscopia, formas de organização 01 a 04 conforme Tabela SIGTAP

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Complemento Municipal	Valor final em R\$
1	0209010029	COLONOSCOPIA	112,66	137,34	250,00
2	0209010029 + 0407020390	COLONOSCOPIA + POLIPECTOMIA	112,66 + 13,63	423,68	550,00
3	0209010037	ESOFAGOGASTRO- DUODENOSCOPIA	48,17	61,84	110,00
4	0209010053	RETOSSIGMOIDOS- COPIA	23,13	106,87	130,00
5	0407010254	RETIRADA DE PÓLI- PO DO TUBO DI- GESTIVO POR EN- DOSCOPIA	48,13 + 29,84	332,00	410,00

DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple mento	Valor final em R\$
1	0211020060	TESTE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	30,00	90,00	120,00
2	0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	30,00	-	30,00
3	0211020052	MONITORIZAÇÃO AMBULA- TORIAL DE PRESSAO AR- TE- RIAL (M.A.P.A.)	10,07	-	10,07
4	0205010016	ECOCARDIOGRAFIA DE ES- TRESSE	165,00	-	165,00
5	0205010024	ECOCARDIOGRAFIA TRAN- SESOFAGICA	165,00	-	165,00
6	0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANS-	67,86	98,06	165,92



		TORACICA			
7	0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOP-PLER COLORIDO DE VASOS - VENOSO	39,60	180,40	220,00
		ULTRASSONOGRRAFIA DOP-PLER COLORIDO DE VASOS - ARTERIAL	39,60	210,40	250,00

DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA					
Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple-mento Mu-nicipal	Valor Final em R\$
9	0211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 SEGMENTOS (MMSS OU MMII)	27,00	323,00	350,00
10	0211050083	ELETRONEUROMIOGRAFIA 04 SEGMENTOS (MMSS OU MMII)	27,00 + 27,00	446,00	500,00
11	0211050067	ELETROENCEFALOGRAMA	27,00	123,00	150,00
12	0211050105	POLISSONOGRRAFIA	125,00	-	125,00
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA					
Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple-mento Mu-nicipal	Valor fi-nal em R\$
13	0211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	24,24	25,76	50,00
14	0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTA-DORIZADA	40,00	-	40,00
15	0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	24,24	15,76	40,00
16	0211060178	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	24,68	15,76	40,00
17	0211060186	RETINOGRRAFIA FLUORES-CENTE BINOCULAR	64,00	-	64,00
18	0211060232	TESTE ORTÓPTICO / EXA-ME DE MOTILIDADE	12,34	7,66	20,00
19	0211060259	TONOMETRIA	3,37	16,63	20,00



DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple- mento Mu- nicipal	Valor final em R\$
20	0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIM- AR	21,00	39,00	80,00

DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple- mento Mu- nicipal	Valor final em R\$
21	0211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCO- DILATADOR	6,36	73,64	80,00

DIAGNÓSTICO EM UROLOGIA

Item	Código	Descrição	Valor SIGTAP	Comple- mento Municipal	Valor final em R\$
22	0211090018	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	7,62	342,38	350,00

Conforme exposto no ETP e orçamento, estima-se para um período de 12 meses, em torno de 4.000 exames de imagem/mês – entre eles audiometria, ultrassonografia, radiografia, mamografia, endoscopia, colonoscopia, exames oftalmológicos, exames cardiológicos, densitometria, espirometria, radiografia panorâmica – e por volta de R\$ 250.000,00 por mês, seriam 48.000 exames de imagem em 12 meses e cerca de R\$ 3.000.000,00 em um ano (12 meses).

Item	Descrição / especificação	Quantidade mês	Quantidade 12 meses	Valor esti- mado mês	Valor esti- mado 12 meses
1	Exames de imagem com finalidade diagnóstica que possibilitam a observação detalhada dos órgãos do corpo humano para auxiliar em diagnósticos e tratamentos.	4.000 exames	48.000 exames	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00

2. JUSTIFICATIVA DA INEXIGIBILIDADE

Na área da saúde, a justificativa de inexigibilidade por credenciamento pode ser utilizada em diversos contextos, especialmente quando se trata de serviços altamente especializados. Algumas situações que poderiam demandar esse tipo de justificativa incluem: serviços médicos especializados, serviços de laboratórios com tecnologia específica.

Em conformidade com **Constituição Federal**, arts. 37, XXIII e 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 14.133/2021 e alterações, Portaria GM/MS nº 1606 de 11 de setembro de 2001; Protocolos de Acesso de Regulação do Estado de Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3507&Itemid=544

Sendo assim, justifica-se a necessidade do presente credenciamento, em razão de tratar-se de serviços especializados considerados essenciais para o fornecimento adequado da Saúde à população de Tubarão.

Destaca-se que é fundamental garantir que a escolha do fornecedor credenciado seja feita com base em critérios técnicos e objetivos, visando sempre o melhor interesse dos pacientes e da instituição de saúde.

Ao optar pelo credenciamento, o Município assegurará a obtenção dos serviços ou produtos necessários de forma eficiente e qualificada, garantindo a continuidade e a qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Diante de todo o exposto e sabendo da real necessidade da Saúde Municipal, constata-se que a contratação por meio do Credenciamento de Empresa para prestação de serviços de PROCEDIMENTOS DE IMAGEM COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA atende as finalidades precípuas da Administração.

Tubarão, 29 de fevereiro de 2024.

Catarina Pereira Miguel
Enfermeira / Setor de Planejamento da Saúde