

TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE GESTORA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. DO OBJETO

1.1. Registro de preços para prestação de serviços técnicos de exames variados, com fornecimento de equipamento, material, mão de obra especializada e laudo técnico, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento:

ITEM	EXAME	UNIDADE MEDIDA	QUANT. MENSAL	QUANT. ANUAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO ANUAL
	LOTE 1					
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL	SE	3	36	R\$ 189,50	R\$ 6.822,00
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÃO - UNILATERAL	SE	9	108	R\$ 180,00	R\$ 19.440,00
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO UNILATERAL	SE	6	72	R\$ 180,00	R\$ 12.960,00
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ UNILATERAL	SE	6	72	R\$ 180,00	R\$ 12.960,00
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	SE	10	120	R\$ 200,00	R\$ 24.000,00
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSSACRA	SE	10	120	R\$ 190,50	R\$ 22.860,00
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	SE	5	60	R\$ 189,50	R\$ 11.370,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDE OU OUVIDOS	SE	5	60	R\$ 180,00	R\$ 10.800,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM SUPERIOR	SE	10	120	R\$ 199,00	R\$ 23.880,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM TOTAL	SE	10	120	R\$ 206,00	R\$ 24.720,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/Bacia	SE	10	120	R\$ 199,00	R\$ 23.880,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL UNILATERAL	SE	5	60	R\$ 180,00	R\$ 10.800,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	SE	5	60	R\$ 189,50	R\$ 11.370,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE	SE	5	60	R\$ 189,50	R\$ 11.370,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO UNILATERAL	SE	5	60	R\$ 225,00	R\$ 13.500,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS	SE	5	60	R\$ 180,00	R\$ 10.800,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO UNILATERAL	SE	10	120	R\$ 177,50	R\$ 21.300,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SE	5	60	R\$ 199,00	R\$ 11.940,00



	DE TORÁX					
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO UNILATERAL	SE	10	120	R\$ 189,50	R\$ 22.740,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CLAVICULA UNILATERAL	SE	10	120	R\$ 200,00	R\$ 24.000,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	SE	5	60	R\$ 189,50	R\$ 11.370,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO UNILATERAL	SE	10	120	R\$ 180,00	R\$ 21.600,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO UNILATERAL	SE	5	60	R\$ 225,00	R\$ 13.500,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL COM CONTRASTE	SE	3	36	R\$ 280,00	R\$ 10.080,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MÃO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	6	72	R\$ 280,00	R\$ 20.160,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	6	72	R\$ 280,00	R\$ 20.160,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ UNILATERAL COM CONTRASTE.	SE	6	72	R\$ 280,00	R\$ 20.160,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 280,00	R\$ 33.600,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSSACRA COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 280,00	R\$ 33.600,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 280,00	R\$ 16.800,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDE OU OUVIDOS COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 280,00	R\$ 16.800,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM SUPERIOR COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 280,00	R\$ 33.600,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM TOTAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 270,00	R\$ 32.400,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/BACIA COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 275,00	R\$ 33.000,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 271,00	R\$ 16.260,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 325,00	R\$ 19.500,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SE	5	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00



	DE ÓRBITAS COM CONTRASTE					
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 270,00	R\$ 32.400,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORÁX COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
42	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 280,00	R\$ 33.600,00
43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CLAVICULA UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 280,00	R\$ 33.600,00
44	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCIA COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
45	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 270,00	R\$ 32.400,00
46	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 325,00	R\$ 19.500,00
47	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	3	36	R\$ 350,00	R\$ 12.600,00
48	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MÃO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	6	72	R\$ 350,00	R\$ 25.200,00
49	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	6	72	R\$ 350,00	R\$ 25.200,00
50	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	6	72	R\$ 350,00	R\$ 25.200,00
51	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
52	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSSACRA COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE OU OUVIDOS COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
56	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 350,00	R\$ 42.000,00
57	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 350,00	R\$ 42.000,00



58	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
59	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
60	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
61	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 395,00	R\$ 23.700,00
62	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
63	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 350,00	R\$ 42.000,00
64	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
65	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 350,00	R\$ 42.000,00
66	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
67	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 350,00	R\$ 42.000,00
68	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 395,00	R\$ 23.700,00
69	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	3	36	R\$ 420,00	R\$ 15.120,00
70	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MÃO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	6	72	R\$ 420,00	R\$ 30.240,00
71	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	6	72	R\$ 420,00	R\$ 30.240,00
72	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	6	72	R\$ 420,00	R\$ 30.240,00
73	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
74	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSSACRA COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
75	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00



76	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE OU OUVIDOS COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
77	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
78	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
79	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/Bacia COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
80	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
81	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
82	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
83	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 465,00	R\$ 27.900,00
84	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
85	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
86	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
87	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
88	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CLAVICULA UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
89	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
90	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
91	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO UNILATERAL COM CONTRASTE/ANESTESIA	SE	5	60	R\$ 465,00	R\$ 27.900,00
	LOTE 2					
1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA CERVICAL	SE	15	180	R\$ 415,00	R\$ 74.700,00
2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN SUPERIOR	SE	10	120	R\$ 450,00	R\$ 54.000,00



3	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN TOTAL	SE	10	120	R\$ 600,00	R\$ 72.000,00
4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ATM (BILATERAL)	SE	5	60	R\$ 330,00	R\$ 19.800,00
5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR SACRO ÍLIACA (BACIA) BILATERAL	SE	5	60	R\$ 334,00	R\$ 20.040,00
6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA LOMBO- SACRA	SE	70	840	R\$ 390,00	R\$ 327.600,00
7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA TORÁCICA	SE	10	120	R\$ 390,00	R\$ 46.800,00
8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO ENCEFALO	SE	40	480	R\$ 390,00	R\$ 187.200,00
9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR PÉ + ANTE-PÉ (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 370,00	R\$ 133.200,00
10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – PERNA (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 370,00	R\$ 133.200,00
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – TORNOZELO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 370,00	R\$ 133.200,00
12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – BRAÇO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 400,00	R\$ 144.000,00
13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – MÃO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – OMBRO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)	SE	4	48	R\$ 350,00	R\$ 16.800,00
16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - PUNHO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE OUVIDO – BILATERAL	SE	15	180	R\$ 390,00	R\$ 70.200,00
18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
19	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE)	SE	15	180	R\$ 300,00	R\$ 54.000,00
20	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR COXO FEMURAL (QUADRIL) UNILATERAL	SE	10	120	R\$ 380,00	R\$ 45.600,00
21	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE SELA TURCICA (HIPOFISE)	SE	10	120	R\$ 360,00	R\$ 43.200,00



22	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ARCOS COSTAIS	SE	5	60	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ESCAPULA UNILATERAL	SE	5	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR GLUTEOS	SE	2	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ORBITAS BILATERAL	SE	10	120	R\$ 370,00	R\$ 44.400,00
26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (MASTÓIDE)	SE	15	180	R\$ 390,00	R\$ 70.200,00
27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FACES (SEIOS DA FACE)	SE	15	180	R\$ 300,00	R\$ 54.000,00
28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR TÓRAX	SE	10	120	R\$ 300,00	R\$ 36.000,00
29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR BOLSA ESCROTAL	SE	2	24	R\$ 250,00	R\$ 6.000,00
30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - ANTEBRAÇO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR - TORNOZELO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÃO - COTOVELO (UNILATERAL)	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR ART. - ESTERNO CLAVICULAR UNILATERAL	SE	30	360	R\$ 390,00	R\$ 140.400,00
34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR MULTIPARAMETRICA (PROSTATA)	SE	2	24	R\$ 250,00	R\$ 6.000,00
35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FETAL	SE	2	24	R\$ 250,00	R\$ 6.000,00
36	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CORAÇÃO OU AORTA (MORFOLÓGICO E FUNCIONAL)	SE	10	120	R\$ 390,00	R\$ 46.800,00
37	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR VIAS URINARIAS	SE	10	120	R\$ 390,00	R\$ 46.800,00
38	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	SE	15	180	R\$ 420,00	R\$ 75.600,00
39	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
40	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 550,50	R\$ 66.060,00
41	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ATM (BILATERAL) COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00



42	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR SACRO ÍLIACA (BACIA) BILATERAL COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 420,00	R\$ 25.200,00
43	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA LOMBO- SACRA COM CONTRASTE	SE	70	840	R\$ 420,00	R\$ 352.800,00
44	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
45	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO ENCEFALO COM CONTRASTE	SE	40	480	R\$ 420,00	R\$ 201.600,00
46	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR PÉ + ANTE-PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 500,00	R\$ 180.000,00
47	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – PERNA (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 400,00	R\$ 144.000,00
48	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – TORNOZELO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 400,00	R\$ 144.000,00
49	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – BRAÇO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 400,00	R\$ 144.000,00
50	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – MÃO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 410,00	R\$ 147.600,00
51	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 413,00	R\$ 148.680,00
52	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	4	48	R\$ 420,00	R\$ 20.160,00
53	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - PUNHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 420,00	R\$ 151.200,00
54	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE OUVIDO – BILATERAL COM CONTRASTE	SE	15	180	R\$ 500,00	R\$ 90.000,00
55	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 450,00	R\$ 162.000,00
56	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE) COM CONTRASTE	SE	15	180	R\$ 450,00	R\$ 81.000,00



57	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR COXO FEMURAL (QUADRIL) UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 420,00	R\$ 50.400,00
58	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE SELA TURCICA (HIPOFISE) COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 470,00	R\$ 56.400,00
59	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ARCOS COSTAIS COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 450,00	R\$ 27.000,00
60	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ESCAPULA UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	5	60	R\$ 450,00	R\$ 27.000,00
61	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR GLUTEOS COM CONTRASTE	SE	2	24	R\$ 420,00	R\$ 10.080,00
62	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ORBITAS BILATERAL COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 480,00	R\$ 57.600,00
63	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (MASTÓIDE) COM CONTRASTE	SE	15	180	R\$ 470,00	R\$ 84.600,00
64	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FACES (SEIOS DA FACE) COM CONTRASTE	SE	15	180	R\$ 420,00	R\$ 75.600,00
65	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR TÓRAX COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 450,00	R\$ 54.000,00
66	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR BOLSA ESCROTAL COM CONTRASTE	SE	2	24	R\$ 450,00	R\$ 10.800,00
67	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - ANTEBRAÇO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 420,00	R\$ 151.200,00
68	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR ARTICULAÇÃO - COTOVELO UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 420,00	R\$ 151.200,00
69	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR ARTICULAÇÃO - ESTERNO CLAVICULAR UNILATERAL COM CONTRASTE	SE	30	360	R\$ 420,00	R\$ 151.200,00
70	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR MULTIPARAMETRICA (PROSTATA) COM CONTRASTE	SE	2	24	R\$ 420,00	R\$ 10.080,00
71	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FETAL COM CONTRASTE	SE	2	24	R\$ 510,00	R\$ 12.240,00
72	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CORAÇÃO OU AORTA (MORFOLÓGICO E FUNCIONAL) COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 510,00	R\$ 61.200,00
73	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR VIAS URINARIAS COM CONTRASTE	SE	10	120	R\$ 470,00	R\$ 56.400,00



74	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA CERVICAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
75	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN SUPERIOR COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
76	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOMEN TOTAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 1.100,00	R\$ 66.000,00
77	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ATM (BILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
78	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR SACRO ÍLIACA (BACIA) BILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	3	36	R\$ 700,00	R\$ 25.200,00
79	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA LOMBO- SACRA COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
80	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUNA TORÁCICA COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
81	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO ENCEFALO COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	40	480	R\$ 750,00	R\$ 360.000,00
82	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR PÉ + ANTE-PÉ (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
83	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – PERNA (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 700,00	R\$ 84.000,00
84	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR – TORNOZELO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 700,00	R\$ 84.000,00
85	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – BRAÇO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 700,00	R\$ 84.000,00
86	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – MÃO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 700,00	R\$ 84.000,00
87	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – OMBRO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
88	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR – PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
89	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	SE	5	60	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00



	NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - PUNHO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO					
90	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE OUVIDO – BILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
91	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
92	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
93	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO INFERIOR COXO FEMURAL (QUADRIL) UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
94	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE SELA TURCICA (HIPOFISE) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
95	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ARCOS COSTAIS COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
96	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ESCAPULA UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
97	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR GLUTEOS COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	2	24	R\$ 750,00	R\$ 18.000,00
98	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR ORBITAS BILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
99	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (MASTÓIDE) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
100	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FACES (SEIOS DA FACE) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR TÓRAX COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 750,00	R\$ 45.000,00
102	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR BOLSA ESCROTAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	2	24	R\$ 750,00	R\$ 18.000,00
103	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR - ANTEBRAÇO (UNILATERAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
104	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00



	ARTICULAÇÃO - COTOVELO UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO					
105	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MEMBRO SUPERIOR ARTICULAÇÃO - ESTERNO CLAVICULAR UNILATERAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	10	120	R\$ 750,00	R\$ 90.000,00
106	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR MULTIPARAMETRICA (PROSTATA) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	2	24	R\$ 750,00	R\$ 18.000,00
107	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR FETAL COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	2	24	R\$ 900,00	R\$ 21.600,00
108	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CORAÇÃO OU AORTA (MORFOLÓGICO E FUNCIONAL) COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	2	24	R\$ 900,00	R\$ 21.600,00
109	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR VIAS URINARIAS COM ANESTESIA/SEDAÇÃO	SE	5	60	R\$ 900,00	R\$ 54.000,00
LOTE 3						
1	DENSITOMETRIA ÓSSEA - CORPO INTEIRO	SE	45	540	R\$ 150,00	R\$ 81.000,00
2	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL	SE	6	120	R\$ 440,00	R\$ 52.800,00
3	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSO	SE	6	72	R\$ 440,00	R\$ 31.680,00
4	ANGIOTOMOGRAFIA CORONÁRIAS	SE	2	24	R\$ 750,00	R\$ 18.000,00
5	CINTILOGRAFIA ÓSSEA	SE	30	360	R\$ 190,99	R\$ 68.756,40
6	CINTILOGRAFIA TIREÓIDE	SE	10	120	R\$ 107,30	R\$ 12.876,00
7	CINTILOGRAFIA RENAL	SE	10	120	R\$ 133,33	R\$ 15.999,60
8	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO COM ESTRESSE	SE	10	120	R\$ 811,02	R\$ 97.322,40
9	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO SEM ESTRESSE	SE	10	120	R\$ 811,02	R\$ 97.322,40
10	CINTILOGRFIA DO MIOCARDIO COM TESTE ERGOMÉTRICO	SE	10	120	R\$ 811,02	R\$ 97.322,40
11	PAAF – PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	SE	6	72	R\$ 203,50	R\$ 14.652,00
LOTE 4						
1	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO COM SEDAÇÃO (BERA)	SE	10	120	R\$ 470,00	R\$ 56.400,00
LOTE 5						
1	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60
2	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO	SE	2	24	R\$ 41,36	R\$ 992,64



	TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL					
4	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	SE	20	240	R\$ 41,36	R\$ 9.926,40
5	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
6	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	SE	12	144	R\$ 41,36	R\$ 5.955,84
7	RADIOGRAFIA DE LARINGE	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
8	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
9	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
10	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
11	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
12	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	SE	30	360	R\$ 41,36	R\$ 14.889,60
13	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60
14	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
15	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	SE	55	660	R\$ 41,36	R\$ 27.297,60
16	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
17	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	SE	105	1260	R\$ 41,36	R\$ 52.113,60
18	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
19	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
20	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
21	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
22	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
23	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL TORÁCICA (2 incidencias)	SE	33	396	R\$ 41,36	R\$ 16.378,56
24	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	SE	14	168	R\$ 41,36	R\$ 6.948,48
25	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
26	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
27	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60



28	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	SE	2	24	R\$ 41,36	R\$ 992,64
29	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	SE	45	540	R\$ 41,36	R\$ 22.334,40
30	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
31	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
32	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
33	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	SE	155	1860	R\$ 41,36	R\$ 76.929,60
34	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SE	29	348	R\$ 41,36	R\$ 14.393,28
36	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	SE	2	24	R\$ 41,36	R\$ 992,64
37	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
38	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
39	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
40	RADIOGRAFIA DE BRACO	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
41	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60
42	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	SE	10	120	R\$ 41,36	R\$ 4.963,20
43	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
44	RADIOGRAFIA DE MAO	SE	30	360	R\$ 41,36	R\$ 14.889,60
45	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	SE	12	144	R\$ 41,36	R\$ 5.955,84
46	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
47	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ART. ESCAPULO-UMERAL) (2 incidências)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
48	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	SE	20	240	R\$ 41,36	R\$ 9.926,40
49	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60
50	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	SE	2	24	R\$ 41,36	R\$ 992,64
51	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SE	5	60	R\$ 41,36	R\$ 2.481,60
52	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	SE	1	12	R\$ 41,36	R\$ 496,32
53	ESCANOMETRIA	SE	4	48	R\$ 41,36	R\$ 1.985,28
54	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	SE	30	360	R\$ 41,36	R\$ 14.889,60
55	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	SE	2	24	R\$ 41,36	R\$ 992,64



56	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	SE	25	300	R\$ 41,36	R\$ 12.408,00
57	RADIOGRAFIA DE BACIA	SE	50	600	R\$ 41,36	R\$ 24.816,00
58	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	SE	15	180	R\$ 41,36	R\$ 7.444,80
59	RADIOGRAFIA DE COXA	SE	10	120	R\$ 41,36	R\$ 4.963,20
60	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	SE	85	1020	R\$ 41,36	R\$ 42.187,20
61	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	SE	40	480	R\$ 41,36	R\$ 19.852,80
62	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (3 AXIAIS)	SE	3	36	R\$ 41,36	R\$ 1.488,96
63	RADIOGRAFIA DE PÉ (AP + LATERAL + OBLIQUA)	SE	10	120	R\$ 41,36	R\$ 4.963,20
64	RADIOGRAFIA DE PERNA (AP + LATERAL)	SE	10	120	R\$ 41,36	R\$ 4.963,20
LOTE 6			0			
1	ENDOSCOPIA DIGESTIVA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA).	SE	40	480	R\$ 250,00	R\$ 120.000,00
2	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA).	SE	10	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00
3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA.	SE	5	60	R\$ 280,00	R\$ 16.800,00
LOTE 7			0			
1	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - venoso	SE	60	720	R\$ 158,33	R\$ 113.997,60
2	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - arterial	SE	30	360	R\$ 158,33	R\$ 56.998,80
3	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - carótida	SE	10	120	R\$ 158,33	R\$ 18.999,60
4	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - artérias renais	SE	3	36	R\$ 158,33	R\$ 5.699,88
5	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - aorta e ilíaca	SE	3	36	R\$ 158,33	R\$ 5.699,88
6	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO COM LAUDO	SE	500	6000	R\$ 77,00	R\$ 462.000,00
LOTE 8			0			
1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO ADULTO	SE	80	960	R\$ 140,00	R\$ 134.400,00
2	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO INFANTIL	SE	25	300	R\$ 140,00	R\$ 42.000,00
3	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	SE	30	360	R\$ 110,00	R\$ 39.600,00
4	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	SE	336	4032	R\$ 60,00	R\$ 241.920,00
5	MONITORAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	SE	15	180	R\$ 100,00	R\$ 18.000,00
6	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HS	SE	30	360	R\$ 80,00	R\$ 28.800,00

1.2. Os valores estimados na tabela, são meramente referenciais para embasamento para desembolso da Unidade Gestora de Saúde, os valores das estimativas de preços a serem consideradas será aferido pelo departamento responsável, Departamento de Compras e Cotações e serão disponibilizados em edital de licitação.

2. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. A Contratação de empresa para prestação dos serviços descritos na cláusula 1, se faz necessária, pois a municipalidade não possui capacidade técnica instalada para a realização dos referidos exames.

2.2. Os exames de imagens servem para diagnósticos de enfermidades do corpo humano através de imagens obtidas por diversas maneiras, algumas com maior resolução do que outras, conforme a solicitação e necessidades que os médicos assim acharem necessários.

Esses exames também auxiliam para comprovação do diagnóstico, após exames clínicos realizados pelos médicos, desta feita, são de extrema importância no diagnóstico preciso das doenças no âmbito SUS e devem estar disponíveis a toda população atendida pela rede municipal de saúde.

3. DA JUSTIFICATIVA DA MODALIDADE

3.1. Nos termos do § 2º, do art. 2º do Decreto Municipal 6.420/23, a pretensa contratação detém natureza comum, considerando que as características, especificações e padrão, foram objetivamente definidas no Termo de Referência, pois, as mesmas se enquadram na usualidade do mercado, respeitando a isonomia e competitividade, princípios indispensáveis nos certames licitatórios. Sendo assim, cabe realizar a pretensa contratação na modalidade Pregão Eletrônico, julgamento pelo menor preço de cada lote com fulcro nos arts. 29 e 33, inciso I da Lei Federal nº 14.133/2021, bem como deverá ser aplicado o modo de disputa aberto, nos termos do inciso I, art. 56 do dispositivo legal supracitado.

4. DO GERENCIAMENTO DE RISCOS

4.1. Conforme o inciso X, art. 18, da Lei Federal 14.133/2021 e § 2º, art. 2º, Decreto Municipal nº 6.423/2023, § 2º, o gerenciamento dos riscos poderá ser dispensado, mediante justificativa, nos casos envolvendo contratação de objetos de baixo valor ou baixa complexidade, o que cabe ao caso em tela.

4.2. Desta feita, em anexo o Despacho concernente a decisão da Gestora Municipal de Saúde, no qual dispensa a realização de matriz de risco tendo em vista que se trata de objeto de baixa complexidade, de contratação rotineira dos municípios em geral.

5. DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO

5.1. O julgamento deverá ser realizado como **MENOR PREÇO POR LOTE**, tendo em vista que se trata de contratação de empresas para realização de exames de imagem, os quais foram separados em lotes, trazendo propostas mais vantajosas ao município e melhorando a administração e execução dos contratos, mantendo o ato com a devida isonomia, bem como deverá ser aplicado o modo de disputa aberto, nos termos do inciso I, art. 56, Lei 14.133/2021.

5.2. Optou-se pela adoção de orçamento aberto, com a divulgação dos valores estimados pela Administração, de modo a garantir a obtenção de propostas mais vantajosas, alinhadas à realidade de mercado e compatíveis com o orçamento público disponível.

A adoção do orçamento aberto visa assegurar maior transparência ao procedimento licitatório,

conferindo isonomia entre os participantes e mitigando o risco de propostas inexequíveis.

6. VIGÊNCIA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

6.1 O prazo de vigência, bem como da execução dos serviços, será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogável por período igual.

7. FORMALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

7.1. A formalização do ajuste com o fornecedor será feita via pedido de compras devidamente empenhado, dispensando-se o instrumento contratual, tendo em vista que a legislação exige contrato formal principalmente quando há alto valor (grande vulto), obrigações que ultrapassem o exercício financeiro, necessidade de garantia contratual, prestação continuada com dedicação exclusiva de mão de obra, o que não é o caso da presente contratação.

Os exames são solicitados sob demanda, ou seja, de acordo com a necessidade dos pacientes, sem previsão uma previsão exata de quantidade mensal ou semanal. A administração apenas registrará os preços e fará as contratações conforme surgirem as necessidades por meio de empenhos.

8. DO PAGAMENTO

8.1. O pagamento será efetuado mensalmente em até 30 (trinta) dias, após o encerramento de cada competência (mês), a contar da data de entrega dos documentos, Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) em mídia digital, NF e relatórios comprobatórios à Unidade Gestora Municipal de Saúde para conferência e desde que atendam todas as exigências estabelecidas no Termo de Referência, edital e seus anexos.

8.2. A Nota Fiscal/Fatura deverá mencionar expressamente os serviços a que se refere o fornecimento, de forma detalhada e no corpo da Nota e deverá constar ainda o processo, nº do pedido e empenho que originou a vinculação.

8.3. Na hipótese de divergência com as condições contratadas, a fatura/nota fiscal apresentada será recusada pela PREFEITURA mediante declaração expressa das razões da desconformidade, ficando estabelecido que o novo prazo para pagamento será contado a partir da data da apresentação da nova fatura, devidamente corrigida;

8.4. Além da Nota Fiscal, a CONTRATADA deverá encaminhar todos os relatórios comprobatórios quanto a execução dos serviços, tais como: relatório nominal de atendimentos, quantitativo e tipo de sessões realizadas e ciência dos usuários quanto a seu atendimento;

8.5. A conferência, auditoria e atestado dos serviços prestados, será realizado por profissional designado a essa finalidade (Fiscal do Contrato) e ou por comissão específica, cujos pagamentos realizar-se-ão após a comprovação da veracidade das ações elencadas.

8.6. O pagamento será realizado mediante depósito bancário a favor da contratada, na conta e respectivo banco por ela indicado em nota fiscal, após a realização dos serviços previstos, mediante a apresentação da Nota Fiscal eletrônica no departamento financeiro da UGMS, juntamente com os seguintes documentos:

8.6.1. Manifestação favorável da Gestora Municipal de Saúde ou seu preposto expressamente designado;

8.6.2. Apresentação da Prova de Inexistência de Débitos Trabalhistas - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT, em cumprimento à Lei nº 12.440/2011 e à Resolução Administrativa TST nº 1470/2011, emitida por meio eletrônico pelo Tribunal Superior do Trabalho (<http://www.tst.jus.br/certidao>);

- 8.6.3.** Apresentação de Prova de Inexistência de Débitos junto a Fazenda Federal e o CRF - FGTS.
- 8.6.4.** Apresentação de relatório dos serviços prestados com a indicação dos locais e quantidade individual e nominal dos exames e total coletada e transportada, as datas de execução dos serviços em cada local, o qual servirá para comprovação dos serviços executados.
- 8.6.5.** Apresentar as guias SADT – Serviço Auxiliar de Diagnósticos e Terapias, das requisições e o respectivo relatório mensal, constando:
- 8.6.5.1.** Identificação do paciente (nome, cartão SUS e CPF)
- 8.6.5.2.** Exame(s) realizado(s)
- 8.6.5.3.** Valores para fins de conferência dos serviços prestados
- 8.7.** Os pagamentos serão efetuados pela quantidade de exames realizados aos usuários SUS municipal, mediante emissão da guia SADT, ou para os exames de mamografia deverão estar em guia específica, devidamente autorizada e encaminhados pela Unidade Gestora Municipal de Saúde.
- 8.8.** A contratada poderá ter o pagamento suspenso da Nota Fiscal emitida até a sua regularização, na ausência dos documentos obrigatórios elencados, sem qualquer ônus ao município de Várzea Paulista, podendo incidir também a penalidade prevista na legislação pertinente por descumprimento contratual.

9. DA DOCUMENTAÇÃO

9.1. Habilitação Jurídica

9.1.1. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e alterações subsequentes, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedades por ações, ata arquivada da Assembleia da última eleição da Diretoria.

9.2. Habilitação Fiscal, Social e Trabalhista

9.2.1. Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);

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

9.2.3. Regularidade perante a Fazenda federal, estadual e/ou municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

9.2.4. Regularidade relativa à Seguridade Social e ao FGTS, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

9.2.5. Regularidade perante a Justiça do Trabalho;

9.2.6. Declaração de que realiza o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

9.3. Qualificação econômico-financeira

9.3.1. Certidão Negativa de Falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante, conforme art. 69, caput, inciso II, da Lei nº 14.133/2021.

9.4. Qualificação técnica

9.4.1. Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que a licitante executou de forma satisfatória, objeto compatível em características e prazos com o objeto da presente licitação, bem como, a comprovação de execução da quantidade mínima licitada por lote abaixo descrito:

- a) Lote 1 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:
Tomografia de coluna cervical – quantidade ≥ 60

Tomografia de coluna lombosacra – quantidade ≥ 60

Tomografia de abdome - quantidade ≥ 60

Tomografia de pelve - quantidade ≥ 60

b) Lote 2 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Ressonância Magnética de coluna cervical – quantidade ≥ 90

Ressonância Magnética de lombosacra – quantidade ≥ 420

Ressonância Magnética de crânio - quantidade ≥ 240

Ressonância Magnética de membro superior - antebraço - quantidade ≥ 180

c) Lote 3 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Densitometria Óssea – quantidade ≥ 90

Cintilografia Óssea – quantidade ≥ 420

d) Lote 4 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Bera com Sedação ≥ 48 exames

e) Lote 5 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Lombo-sacra - quantidade ≥ 630

Torax - quantidade ≥ 930

Joelho - quantidade ≥ 510

f) Lote 6 – para este lote, apresentar capacidade técnica do seguinte exame:

Endoscopia - quantidade ≥ 240

g) Lote 7 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Ultrassonografia Doppler - quantidade ≥ 360

Mamografia - quantidade ≥ 3000

h) Lote 8 – para este lote, apresentar capacidade técnica dos seguintes exames:

Ecocardiograma transtoracico - quantidade ≥ 480

Eletrocardiograma - quantidade ≥ 2016

9.4.2. Apresentar Licença da Vigilância Sanitária

9.4.3. Apresentar Ficha Cadastral no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –SCNES, compatível com a execução do objeto contratual, incluindo profissionais e respectivo CBO – Conselho Brasileiro de Ocupação, bem como relação de equipamentos, serviços, classificação e habilitações quando necessário.

9.5. Critérios e práticas de sustentabilidade

9.5.1. As exigências de sustentabilidade inseridas no presente processo licitatório foram formuladas com base no disposto nos arts. 5º, inciso IV, e 11, §1º, da Lei nº 14.133/2021, que determinam a observância da promoção do desenvolvimento nacional sustentável como princípio e diretriz das contratações públicas.

9.5.2. Ressalte-se que tais exigências foram estabelecidas com parâmetros mínimos, proporcionais e tecnicamente justificáveis, de forma a não restringir indevidamente a competitividade entre os licitantes, atendendo ao princípio da isonomia (art. 5º, inciso I da Lei nº 14.133/2021).

9.5.3. Ademais, os critérios adotados refletem práticas já consolidadas no mercado de prestação de serviços de exames de imagem, como a utilização de plataformas digitais (PACS), manutenção preventiva dos equipamentos e destinação correta de resíduos radiológicos, compatíveis com normas ambientais e sanitárias vigentes.

9.5.4. Documentação necessária para apresentação

9.5.4.1. A contratada deverá apresentar a comprovação de que os equipamentos utilizados possuem selo de eficiência energética ou documento técnico equivalente;

9.5.4.2. Deverá ser adotado sistema de entrega digital de exames (PACS ou similar), visando à redução de uso de materiais físicos e menor impacto ambiental;

9.5.4.3. A contratada deverá comprovar a destinação ambientalmente adequada dos resíduos provenientes da realização dos exames, conforme legislação vigente.

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10.1. A empresa contratada deverá ofertar todos os itens para o perfeito atendimento e realização dos referidos exames tais como, aparelhos com funcionamento adequado, local apropriado para recebimento dos pacientes e seus acompanhantes e com adequações para recebimento de pessoas com mobilidade reduzida, entre outros;

10.2. Não será permitida a subcontratação para a realização dos exames solicitados;

10.3. Os serviços deverão serem realizados no estabelecimento da empresa contratada;

10.4. A Contratada para os lotes 05,06,07 e 08 deverá comprovar a existência de sede ou filial no município de Várzea Paulista, mediante apresentação de Alvará de Funcionamento, onde deverão ser atendidos os pacientes;

10.5. Para os Lote 05,06,07 e 08 é necessário que a empresa esteja localizada no Município de Várzea Paulista, caso a mesma não esteja, terá o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos a contar da assinatura do contrato, para se instalar e apresentar a licença de funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária Municipal; os exames solicitados nos lotes anteriormente descritos, não poderão ser realizados fora do Município de Várzea Paulista;

10.6. Caso haja a necessidade de Dilação de prazo para a instalação e início de atividades, a licitante deverá solicitar à Contratante, de forma antecipada e com a devida justificativa para tal feito, cujo pedido será submetido a análise e aprovação, podendo ser negada a dilação de prazo de acordo com a avaliação da Unidade Gestora Municipal de Saúde.

10.7. Para os lotes 01 ,02, 03 e 04 caso a Clínica não esteja instalada e localizada no município de Várzea Paulista, nem pretenda se instalar no prazo de 60 dias, a Unidade Gestora Municipal de Saúde aceitará Licitantes que estejam localizados no raio máximo de 25 (vinte e cinco) quilômetros do município visando facilitar o deslocamentodos pacientes para essa finalidade. Tal medida se faz necessária devido as limitações do Transporte Sanitário do município, o qual atua com frota e recursos humanos reduzidos.

10.8. Para a contagem da quilometragem, será referenciado a Unidade Gestora Municipal de Saúde, localizada à Rua João Póvoa, 97 – Jd. do Lar- Várzea Paulista.

10.8.1. A distância mencionada, foi estabelecida devido a dificuldade de locomoção dos Municípes, e a condição de isentar a Administração em arcar com custo para locomoção do paciente, baseando-se na Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fev. de 1999 art.1º § 5º, consolidada na Portaria de Consolidação SAEM/MS nº1, de 22 de fevereiro de 2022, Seção XII, Capítulo II, sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD):

“... ”

Fica vedado o pagamento de tfd em deslocamentos menores doque 50 km de distância



...”.

10.8.2. Desta forma para que a Contratada dê condições de acesso a todos que necessitarem da realização do serviço desta contratação, ficou estabelecido que o atendimento seja em local de até 25km de distância.

10.9. Os serviços a serem executados são para os pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com solicitação médica e seguindo os fluxos estabelecidos de acordo com a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) de Várzea Paulista;

10.10. Em caso de qualquer intercorrência, caberá à empresa vencedora realizar o primeiro atendimento ao paciente e garantir atenção até a melhora da condição clínica ou a chegada do serviço de remoção;

10.11. A empresa contratada deverá possuir CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde compatível com a execução dos exames em questão (inclusive profissionais adequados e em quantidade suficiente, equipamentos, serviço/classificação e habilitações, se for o caso) assim como informar a Unidade Gestora Municipal de Saúde/Unidade de Avaliação e Controle (UAC) sobre qualquer atualização necessária;

10.12. A empresa contratada deverá apresentar ao setor de faturamento a produtividade mensal devidamente informada em sistema oficial do Ministério da Saúde, ou seja, BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), em mídia removível ou correio eletrônico (e-mail).

10.13. Alimentar mensalmente o BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) e encaminhar mídia com o relatório mensal dos pacientes atendidos e junto arquivo de exportação para o faturamento. E ainda, compor o processo de cada competência a relação “nominal” por paciente, quantidade de atendimentos e demais documentos comprobatórios.

10.14. A emissão de nota fiscal e pagamento está condicionada à obrigação anteriormente descrita e deverá seguir rigorosamente o fluxo e prazos a seguir: - A empresa deverá enviar guias, relatório e o BPA individualizado em até 2 (dois) dias úteis após o fechamento do mês;

10.15. Os documentos citados deverão ser enviados nos e-mails: dafsaudevp@varzeapaulista.sp.gov.br e faturamento.saude@varzeapaulista.sp.gov.br.

10.16. Em caso de alteração de agenda de qualquer profissional executante dos exames contratados, a empresa contratada deverá realizar contato com todos os pacientes agendados, assim como realizar novo agendamento em até 07 (sete) dias da data original agendada;

10.17. A empresa contratada deverá informar a Unidade Gestora Municipal de Saúde/Unidade de Avaliação e Controle (UAC) por escrito, todos os preparos e cuidados que se façam necessários para realização dos exames previstos neste Termo;

10.18. A empresa contratada deverá disponibilizar insumos inerentes à realização e conclusão do exame, devendo estar previstos os custos destes insumos no valor total do procedimento;

10.19. O laudo descritivo do exame deverá contemplar a descrição do procedimento executado, identificação clara do diagnóstico, nome, CRM e assinatura do médico responsável e médico solicitante;

10.20. A empresa contratada deverá entregar o resultado dos exames em até 07 (sete) dias corridos com laudo descritivo e representação gráfica, respeitando as normativas da Sociedade Brasileira de Radiologia. Em caso de exame com anormalidade marcante e que importe risco ao paciente, a

empresa vencedora se compromete a informar ao serviço de saúde solicitante e ao médico solicitante para que providências urgentes sejam tomadas.

10.21. Nos casos de exames de prioridade, o laudo descritivo e representação gráfica deverão ser entregues ao paciente em até 24 (vinte e quatro) horas úteis da realização;

10.22. Os procedimentos executados em desacordo com as especificações definidas em normas técnicas ou em descompasso com padrões de qualidade geralmente aceitos deverão ser refeitos sem ônus para o Município de Várzea Paulista, de modo a garantir que as imagens radiográficas garantam condições para laudos e diagnósticos precisos. A responsabilidade do reagendamento do exame e do contato com o paciente ficará a cargo da empresa vencedora;

10.23. O Município de Várzea Paulista reserva-se o direito de exercer a mais ampla e completa fiscalização dos serviços contratados, através da Unidade Gestora Municipal de Saúde, embora a empresa vencedora seja a única responsável pelo cumprimento das obrigações assumidas, bem como pelos danos materiais ou pessoais que forem causados a terceiros, por ato próprio dessa ou de seus funcionários e/ou prepostos;

10.24. A fiscalização técnica dos contratos avaliará constantemente a execução do objeto, sendo exercida pela Unidade Gestora Municipal de Saúde;

10.25. Durante a execução do objeto, a fiscalização técnica monitorará constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, intervindo quando necessário para requerer à empresa vencedora a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas;

10.26. A execução contratual para fins de pagamento será aferida mensalmente pela Unidade gestora Municipal de Saúde;

10.27. A empresa contratada deverá fornecer documentos comprobatórios da execução contratual até o 5º dia útil do mês subsequente ao do mês em apuração;

10.28. As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados ou pela conferência técnica e administrativa serão devolvidas à empresa vencedora para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas até a apuração seguinte. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

10.29. Após análise das contas, as informações relacionadas aos procedimentos realizados serão transmitidas e aprovadas pelo Ministério da Saúde no prazo de até 20 (vinte) dias, a contar da apresentação da documentação comprobatória da execução;

10.30. A empresa vencedora receberá mensalmente do Município de Várzea Paulista a importância referente aos serviços efetivamente prestados, de acordo com o valor unitário dos procedimentos previstos em sua proposta e após transmissão e aprovação das informações pelo Ministério da Saúde

10.31. Para fins de habilitação: será necessário apresentar Alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária do município.

10.32. Obrigam-se as partes à observância das regras instituídas pela Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade natural.

11. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

11.1. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos prestados provisoriamente com as especificações constantes deste Termo de Referência, bem como Edital e da

proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

11.2. Comunicar a empresa Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido/serviço prestado, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

11.3. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto/prestação do serviço, no prazo e forma estabelecidos neste termo de referência;

11.4. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do objeto do fornecimento/ serviço, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

12. DA FISCALIZAÇÃO CONTRATUAL

12.1. A fiscalização será a cargo da servidora Carolina Yanuchauska Gomes, Matrícula nº 508861, lotada na Unidade Gestora Municipal de Saúde.

13. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

13.1. O recurso orçamentário para a despesa do objeto do presente processo, ocorrerá por conta da dotação:

02.14.03.10.302.0070.2078.3.3.90.39.00

14. DOCUMENTOS ANEXOS

14.1. Despacho de Dispensa da realização de matriz de risco;

14.2. Despacho autorizativo.

Atesto, sob a minha responsabilidade, que o conteúdo deste Termo de Referência se limita ao mínimo imprescindível à satisfação do interesse público, presente na generalidade dos produtos e modelos existentes no mercado, não consignando marca ou característica, especificação ou exigência exclusiva, excessiva, impertinente, irrelevante ou desnecessária que possa direcionar o certame ou limitar ou frustrar a competição ou a realização do objeto contratual.

Várzea Paulista – SP, datado na assinatura.

Cristine Tomie Bomeisel Amadeu
Diretora de Administraivo da Saúde
Responsável pela elaboração deste
Termo de Referência

Maria Aparecida Ferreira Malta
Gestora Municipal de Saúde