

TERMO DE COTAÇÃO PARA PREÇO DE REFERÊNCIA

PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 22/2024 CT (HRTL)

1. DO OBJETO

1.1 Cotação de mercado para fins de estabelecer preço de referência visando contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM – LOTE 1**, com intuito de atender as necessidades junto ao Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, no Estado do Mato Grosso do Sul, referente ao CONTRATO DE GESTÃO nº 001/2022, firmado entre o CONTRATANTE e o Estado do Mato Grosso do Sul.

1.2 LOTE 1:

- a) **DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA;**
- b) **DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA.**

2. DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

2.1 Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé – Anel Viário Engenheiro Samir Thomé, s/n – Distrito Industrial – Três Lagoas/MS – CEP 79.648-000.

3. DOS SERVIÇOS

3.1 Para os cargos médicos os profissionais, em suas respectivas especialidades (conforme Item 4) devem possuir: Diploma, devidamente registrado, de curso de graduação em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior, reconhecido pelo Ministério da Educação; Certificado de Conclusão de Residência Médica em respectiva especialidade, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica; ou Título de especialista, reconhecido pela Associação

Médica Brasileira e registrado no Conselho Regional de Medicina; Certificado de Conclusão de Cursos de Medicina de Emergência (quando for o caso); Registro profissional no Conselho Regional de Medicina, com comprovante que conste a situação regular; Esses profissionais devem atender ao disposto na Portaria 134/2011, art. 2º e art. 7º e seguir a escala.

3.2 A CONTRATADA se obrigará a cumprir com a escala realizada pela Direção Técnica do CONTRATANTE, com o intuito de não deixar a escala em aberto.

3.3 Do cumprimento da prestação dos serviços:

- a) Todo paciente deverá receber assistência humanizada;
- b) Todo paciente deverá ser acolhido, sendo avaliado quanto ao seu estado clínico, e nas intercorrências clínicas se for o caso, com registro legível, assinado, carimbado e datado em prontuário;
- c) As diretrizes e protocolos clínicos constituem importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica;
- d) O CONTRATANTE disporá das suas normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados para que, possam ser implementada, em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente no âmbito do ambulatório e para eventuais pareceres nas unidades de internações, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente, a fim de estabelecer as diretrizes/protocolos e Procedimento Operacional Padrão para a unidade;
- e) Serão monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da área, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos;
- f) Apresentar laudos devidamente assinados, por meio digital através de certificação digital e/ou impresso;
- g) Cumprir os agendamentos realizados pelo serviço de regulação interno da unidade;
- h) Registrar adequadamente e de forma completa os prontuários dos pacientes, constando todo o atendimento realizado, objeto da prestação de serviço;
- i) Responder civil, penal e administrativamente por todos os danos causados ao paciente, decorrentes da ação ou omissão na prestação de serviço;

- j) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica nos termos na Resolução CFM – 1931/2009;
- k) Cumprir e fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1802/2006 e/ou outra que venha substituí-la.

3.4 É de responsabilidade da CONTRATADA:

- a) Mão de obra médica;
- b) Profissionais administrativos;**
- c) Sistema eletrônico, para integrar aos sistemas de gestão da unidade de saúde;
- d) Suprimentos necessários para execução dos serviços contidos neste termo de referência;
- e) Manter atualização mensal do CNES, referente aos cadastros dos profissionais e serviços de acordo com os procedimentos a serem executados, incluindo o serviço de telemedicina e atendimento SUS;
- f) Disponibilizar os laudos através de senha com acesso remoto para pacientes.

3.5 Os equipamentos para execução dos serviços são fornecidos pela CONTRATANTE, bem como a responsabilidade de manutenção dos mesmos.

4. DOS PROCEDIMENTOS

4.1 Os serviços objetos deste Termo de Referência tratam-se em realização de exames e emissão de laudos, são todos os que de uma forma ou outra forem solicitados para o tratamento terapêutico e/ou assistencial de todos os pacientes que adentrarem a unidade, conforme segue:

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	
EXAMES RADIOLÓGICOS DE VASOS SANGÜÍNEOS E LINFÁTICOS	
1	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)
2	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO
3	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS
4	AORTOGRAFIA ABDOMINAL
5	AORTOGRAFIA TORACICA
6	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA
7	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO
8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)
9	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL
10	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL
11	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL

12	ARTERIOGRAFIA PELVICA
13	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA
14	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)
15	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL
16	ESPLENOPTOGRAMA
17	FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR
18	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO
19	LINFANGIOADENOGRAMA
20	PTOGRAMA TRANS-HEPÁTICA

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO	
1	DACRIOCISTOGRAMA
2	PLANIGRAFIA DE LARINGE
3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)
4	RADIOGRAFIA DE ARCADEIA ZIGOMÁTICO-MAXILAR (AP+ OBLIQUAS)
5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)
7	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)
8	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)
9	RADIOGRAFIA DE LARINGE
10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)
11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)
12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)
13	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)
14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)
15	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRICA (PA + LATERAL + BRETTON)
16	RADIOGRAFIA OCLUSAL
17	RADIOGRAFIA PANORÂMICA
18	SIALOGRAMA (POR GLÂNDULA)
19	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS
20	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)
21	RADIOGRAFIA PERIAPICAL
EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL	
1	MIELOGRAFIA
2	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL
3	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)
4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)
5	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA
6	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA
7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)
8	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA
9	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)
10	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
11	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA
12	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-CÓCCIGEA
13	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)
EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MADIÁSTINO	
1	BRONCOGRAFIA UNILATERAL
2	DUCTOGRAMA (POR MAMA)
3	MAMOGRAFIA

4	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
5	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUA)
7	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)
8	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)
9	RADIOGRAFIA DE ESÓFAGO
10	RADIOGRAFIA DE ESTERNO
11	RADIOGRAFIA DE MADIÁSTINO (PA E PERFIL)
12	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMADIÁSTINO
13	RADIOGRAFIA DE TORAX (APÍCO-LORDÓTICA)
14	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)
15	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLÍQUA)
16	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
17	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO OIT)
18	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES	
1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL
4	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR
5	RADIOGRAFIA DE BRACO
6	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
7	RADIOGRAFIA DE COTOVELO
8	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO
9	RADIOGRAFIA DE MÃO
10	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)
11	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)
12	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)
EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E Pelve	
1	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE
2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA
3	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA
4	DUODENOGRAMA HIPOTÔNICA
5	FISTULOGRAFIA
6	HISTEROSSALPINGOGRAFIA
7	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTÂNEA
8	PIELOGRAFIA ASCENDENTE
9	PLANIGRAFIA DE RIM C/ CONTRASTE
10	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE
11	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)
12	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)
13	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)
14	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO
15	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)
16	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)
17	URETROCISTOGRAFIA
18	UROGRAFIA VENOSA
EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES	
1	ARTROGRAFIA

2	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)
3	ESCANOMETRIA
4	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)
5	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS
6	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL
7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA
8	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
9	RADIOGRAFIA DE BACIA
10	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO
11	RADIOGRAFIA DE COXA
12	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)
13	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)
14	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)
15	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE
16	RADIOGRAFIA DE PERNA
17	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES

4.2 Em todos os casos a CONTRATADA se obrigará a cumprir com a escala realizada, com aval da Direção Técnica da CONTRATANTE.

5. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

5.1 O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da assinatura do Contrato, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, no limite da vigência do Contrato de Gestão.

6. DA PROPOSTA

6.1 A proposta deverá ser apresentada conforme ANEXO I (abaixo) de maneira:

- Não conter rasuras ou emendas;
- Estar assinada, carimbada e rubricada em todas as suas vias pelo representante legal, com indicação do cargo por ele exercido na empresa;
- Apresentação do VALOR POR EXAME;
- Os valores deverão ser apresentados em Reais;
- A proposta deverá ser emitida com validade de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da data de abertura das propostas;

- f) A apresentação da proposta implica a declaração de conhecimento e aceitação de todas as condições do presente termo de referência;
- g) O envio da proposta deve ser encaminhada até o dia **24/07/2024 às 17h, horário de Brasília**, através do e-mail comprasselecao.hrtl@institutoacqua.org.br.

ANEXO I
MODELO PARA COTAÇÃO**PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA****PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 22/2024 CT (HRTL)****AO INSTITUTO ACQUA**

A empresa, estabelecida na (*endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico, se houver*), inscrita no CNPJ sob nº, neste ato representada por, (*cargo*), RG....., CPF....., (*endereço*), propõe prestar, em estrito cumprimento ao previsto no Termo de Referência, **PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 22/2024 CT (HRTL)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM – LOTE 1** para atender as necessidades do **HOSPITAL REGIONAL DA COSTA LESTE MAGID THOMÉ**, pelo valor conforme segue:

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA

EXAMES RADIOLÓGICOS DE VASOS SANGÜÍNEOS E LINFÁTICOS		VALOR
1	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	R\$
2	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$
3	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$
4	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$
5	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$
6	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$
7	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$
8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$
9	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$
10	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$
11	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$
12	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$
13	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$
14	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$
15	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$
16	ESPLENOPTOROGRAFIA	R\$

17	FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR	R\$
18	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$
19	LINFANGIOADENOGRAMA	R\$
20	PORTOGRAMA TRANS-HEPÁTICA	R\$

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO		VALOR
1	DACRIOCISTOGRAMA	R\$
2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$
3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLÍQUAS + HIRTZ)	R\$
4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLÍQUAS)	R\$
5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$
6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$
7	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$
8	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$
9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$
10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$
11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	R\$
12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$
13	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R\$
14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$
15	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$
16	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$
17	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$
18	SIALOGRAMA (POR GLÂNDULA)	R\$
19	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$
20	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)	R\$
21	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$
EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL		VALOR
1	MIELOGRAFIA	R\$
2	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$
3	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	R\$
4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R\$
5	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$
6	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$
7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLÍQUAS)	R\$
8	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$
9	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$
10	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$
11	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	R\$
12	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$
13	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$
EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MADIÁSTINO		VALOR
1	BRONCOGRAMA UNILATERAL	R\$
2	DUCTOGRAMA (POR MAMA)	R\$
3	MAMOGRAFIA	R\$
4	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$
5	MARCAÇÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$
6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$
7	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$

8	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$
9	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$
10	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$
11	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$
12	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$
13	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$
14	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$
15	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$
16	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$
17	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$
18	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$
EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES		VALOR
1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$
4	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$
5	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$
6	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$
7	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$
8	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$
9	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$
10	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$
11	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$
12	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$
EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE		VALOR
1	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$
2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$
3	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$
4	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA	R\$
5	FISTULOGRAFIA	R\$
6	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$
7	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$
8	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$
9	PLANIGRAFIA DE RIM C/ CONTRASTE	R\$
10	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$
11	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$
12	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$
13	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$
14	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$
15	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$
16	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$
17	URETROCISTOGRAFIA	R\$
18	UROGRAFIA VENOSA	R\$
EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES		VALOR
1	ARTROGRAFIA	R\$
2	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R\$
3	ESCANOMETRIA	R\$
4	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$
5	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$
6	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$

7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$
8	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$
9	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$
10	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$
11	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$
12	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$
13	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$
14	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$
15	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$
16	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$
17	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$

Assinatura do responsável