

TERMO DE COTAÇÃO PARA PREÇO DE REFERÊNCIA

PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 12/2024 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 2**, 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 2:

- a) **DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA;**
- b) **DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

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 TOMOGRAFIA	
TOMOGRAFIA DE CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
8	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA
9	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)
TOMOGRAFIA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES	
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR

2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
4	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PÉLVIA E MEMBROS INFERIORES	
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	
RM DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES	
RM DO ABDOMEN, PÉLVE E MEMBROS INFERIORES	
1	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA
15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PROSTATA

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:

- a) Não conter rasuras ou emendas;

- b) Estar assinada, carimbada e rubricada em todas as suas vias pelo representante legal, com indicação do cargo por ele exercido na empresa;
- c) Apresentação do VALOR POR EXAME;
- d) Os valores deverão ser apresentados em Reais;
- e) 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 08/07/2024 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 12/2024 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 12/2024 CT (HRTL)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM – LOTE 2** para atender as necessidades do **HOSPITAL REGIONAL DA COSTA LESTE MAGID THOMÉ**, pelo valor conforme segue:

DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

TOMOGRAFIA DE CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		VALOR
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$
8	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$
9	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)	R\$
TOMOGRAFIA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES		VALOR
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	R\$
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$
4	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	R\$
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PÉLVIA E MEMBROS INFERIORES		VALOR

1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$

DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		R\$
RM DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES		R\$
RM DO ABDOMEN, PÉLVE E MEMBROS INFERIORES		VALOR
1	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	R\$
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$
15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PROSTATA	R\$

Assinatura do responsável