

ANEXO I**TERMO DE REFERÊNCIA****PROCESSO DE SELEÇÃO 33/2024 PSC (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 EM: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA / DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**. Serviços estes, que tem o 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.

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. DA JUSTIFICATIVA

Considerando o “OFÍCIO MOTIVAÇÃO Nº 406/2024/HRTL/ACQUA-DG”, para a Comissão de Seleção, onde traz:

“Na competência de Diretor Geral do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, considerando reuniões realizadas na Secretaria de Estado de Saúde, com representantes do governo e, o 4º Termo Aditivo

*ao Contrato de Gestão nº 01/2022-Identificador 17726, que entre si celebram o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde e o Instituto ACQUA – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental, que estabelece condições para execução das ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar no Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, solicito a Comissão de Seleção, que realize **processo contratação de SERVIÇOS MÉDICOS – EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM EM: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA / DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**. Respeitando os valores máximos para os serviços, os aprovados pela SES/MS (...)*”

Portanto, considerando a necessidade de manutenção e qualificação de profissionais capacitados para melhor atendimento junto a unidade, conclui-se que se faz necessária a contratação dos serviços assistenciais pleiteados nesta oportunidade, com o objetivo de garantir a qualidade no atendimento ora ofertados.

4. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1 Os Documentos de Habilitação deverão ser encaminhados no e-mail comprasselecao.hrtl@institutoacqua.org.br, no formato de PDF em arquivos devidamente nomeados e as declarações em papel timbrado da empresa assinadas pelo representante legal da empresa.

4.2 Os interessados deverão apresentar obrigatoriamente os seguintes **Documentos de Habilitação** para participar do presente Processo:

4.2.1 A **habilitação jurídica** será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

- a) Apresentar atestado(s) de capacidade técnica ou contrato de prestação de serviços fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome e favor da empresa e o respectivo contrato de prestação de serviço que subsidia o atestado apresentado, que comprove(m) sua aptidão para o desempenho da atividade pertinente

e compatível em características, quantidades e prazos com as especificações constantes neste Termo de Referência;

- b) Cartão de CNPJ;
- c) Alvará de Funcionamento;
- d) Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais. No caso de sociedade por ações, apresentar também documento de eleição de seus administradores. Registro Comercial em se tratando de empresa individual;
- e) Prova de Regularidade com a Fazenda Nacional;
- f) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- g) Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- h) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
- j) Registro ou inscrição da empresa na entidade profissional competente junto ao CRM – Conselho Regional de Medicina, com comprovante de quitação;
- k) Registro do Representante Médico da Empresa junto ao CRM – Conselho Regional de Medicina, com comprovante de quitação.

4.2.2 **A capacidade econômica e financeira** será comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

- a) **Certidão negativa de falência** ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;
- b) **Balanco Patrimonial e Demonstrações Contábeis** ou Speed fiscal eletrônico do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, SALVO QUANDO SE TRATAR DE EMPRESA CONSTITUÍDA HÁ MENOS DE UM ANO (QUANDO ENTÃO SERÃO ACEITOS BALANCETES MENSAIS), que comprove a boa situação financeira.

5. DOS SERVIÇOS

5.1 Para os cargos médicos (conforme item 6), a CONTRATADA deverá apresentar e manter profissionais qualificados e capacitados, para a execução dos serviços, com as seguintes comprovações:

- a) Diploma, devidamente registrado de curso de graduação em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior, reconhecido pelo Ministério da Educação;
- b) Certificado de Conclusão de Residência Médica na respectiva especialidade, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, Título de especialista com RQE - Registro de Qualificação de Especialista reconhecido pela Associação Médica Brasileira e registrado no Conselho Federal de Medicina (SE FOR O CASO);
- c) Possuir registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (CRM/MS), caso o profissional médico não possua, é obrigatório providenciar o registro provisório de 90 (noventa) dias junto ao CRM/MS antes do início das atividades, após esse período, apresentar o registro definitivo/secundário neste conselho;
- d) A CONTRATADA, deverá apresentar o comprovante de antecedentes éticos e situação regular junto ao Conselho Regional de Medicina (com comprovante de quitação), de todos os profissionais médicos que irão atuar na unidade de saúde;
- e) É imperativo que a CONTRATADA deva apresentar a escala dos profissionais médicos que executarão os serviços, no ato da assinatura do Contrato, com os respectivos documentos solicitados acima (Item 5.1 de A à D), sendo passivo de não execução da realização dos serviços, ou seja, da desclassificação da ganhadora no Processo de Contratação;
- f) Esses profissionais devem atender ao disposto na Portaria 134/2011, art. 2º e art. 7º e seguir a escala apresentada pela CONTRATANTE.

5.2 Para os cargos médicos de Coordenadores, Responsáveis Técnicos e Especialistas (conforme item 6), a CONTRATADA deverá apresentar e manter profissionais qualificados e capacitados, para a execução dos serviços, com as seguintes comprovações:

- a) Diploma, devidamente registrado de curso de graduação em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior, reconhecido pelo Ministério da Educação;
- b) Certificado de Conclusão de Residência Médica na respectiva especialidade, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, Título de especialista com RQE - Registro de Qualificação de Especialista reconhecido pela Associação Médica Brasileira e registrado no Conselho Federal de Medicina;
- c) Possuir registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (CRM/MS), caso o profissional médico não possua, é obrigatório providenciar o registro provisório de 90 (noventa) dias junto ao CRM/MS antes do início das atividades, após esse período, apresentar o registro definitivo/secundário neste conselho;

- d) A CONTRATADA, deverá apresentar o comprovante de antecedentes éticos e situação regular junto ao Conselho Regional de Medicina (com comprovante de quitação), de todos os profissionais médicos que irão atuar na unidade de saúde;
- e) É imperativo que a CONTRATADA deva apresentar a escala dos profissionais médicos que executarão os serviços, no ato da assinatura do Contrato, com os respectivos documentos solicitados acima (Item 5.1 de A à D), sendo passivo de não execução da realização dos serviços, ou seja, da desclassificação da ganhadora no Processo de Contratação;
- f) Esses profissionais devem atender ao disposto na Portaria 134/2011, art. 2º e art. 7º e seguir a escala apresentada pela CONTRATANTE

5.3 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.

5.4 Do cumprimento da prestação de serviço:

- 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.

5.5 É de responsabilidade da CONTRATADA:

- a) Mão de obra médica;
- b) Sistema eletrônico, para integrar aos sistemas de gestão da unidade de saúde;
- c) Suprimentos necessários para execução dos serviços contidos neste termo de referência;
- d) 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;
- e) Disponibilizar os laudos através de senha com acesso remoto para pacientes.

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

6. QUANTITATIVO MÍNIMO DE PROFISSIONAIS

6.1 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 INTERVENCIÓNISTA

EXAMES RADIOLÓGICOS DE VASOS SANGÜÍNEOS E LINFÁTICOS	
1	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO
2	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS
3	AORTOGRAFIA ABDOMINAL
4	AORTOGRAFIA TORACICA
5	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA
6	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO

7	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL
8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL
9	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL
10	ARTERIOGRAFIA PELVICA
11	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA
12	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)
13	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL
14	ESPLENOPTOGRAMA
15	LINFANGIOADENOGRAMA
16	PTOGRAMA TRANS-HEPATICA

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 ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)
5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)
7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)
8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (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 REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)
14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)
15	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)
16	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)
17	RADIOGRAFIA OCLUSAL
18	RADIOGRAFIA PANORAMICA
19	RADIOGRAFIA PERIAPICAL
20	SIALOGRAMA (POR GLANDULA)

EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL

1	MIELOGRAFIA
2	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL
3	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)
4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)
5	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA
6	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA
7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)
8	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
9	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)
10	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
11	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA
12	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA
13	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)

EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO

1	MAMOGRAFIA
2	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
3	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)
4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)
5	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)
6	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO
7	RADIOGRAFIA DE ESTERNO
8	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)
9	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO
10	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)
11	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)
12	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)
13	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
14	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)
15	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES

1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
4	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR
5	RADIOGRAFIA DE BRACO
6	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
7	RADIOGRAFIA DE COTOVELO
8	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO
9	RADIOGRAFIA DE MAO
10	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)
11	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)
12	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE

1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)
2	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)
3	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)
4	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO
5	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)
6	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)
7	URETROCISTOGRAFIA
8	UROGRAFIA VENOSA

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES

1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
4	RADIOGRAFIA DE BACIA
5	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO
6	RADIOGRAFIA DE COXA
7	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)
8	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)
9	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

10	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE
11	RADIOGRAFIA DE PERNA
12	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES

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 PESCOÇO
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/PESCOÇO
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

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)

1	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
---	-----------------------------

2	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS
3	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO
ULTRASSONOGRRAFIA DOS DEMAIS SISTEMA	
1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO
2	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA
3	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR
4	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
5	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO
6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO
7	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL
8	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)
9	ULTRASSONOGRRAFIA DE ORGAO TRANSPLANTADO
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL
12	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE
13	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)
14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS
15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO
16	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL
17	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA
18	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO
19	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)
20	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA
21	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL
22	MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA
23	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA

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

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1 A CONTRATADA deverá comunicar à CONTRATANTE toda vez que ocorrer afastamento ou qualquer irregularidade, substituição ou inclusão de qualquer elemento da equipe que esteja prestando serviços.

7.2 A CONTRATADA deverá assegurar que todo profissional que cometer falta disciplinar grave, seja substituído no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, tão logo a formalização do ocorrido, não será mantido no posto ou quaisquer outras instalações da CONTRATANTE.

7.3 Nos casos de desligamento ou recolhimento de colaborador, a CONTRATADA se compromete no prazo de 15 (quinze) dias a repor o quadro com efetivo, porém sua cobertura neste período será realizada pela reserva técnica da CONTRATADA.

7.4 Caberá à CONTRATADA manter quadro de pessoal suficiente e qualificado para atendimento dos serviços, conforme previsto no Contrato, sem interrupção, seja por motivo de férias, descanso semanal, licenças, falta ao serviço e demissão de empregados, que não terão qualquer relação com a CONTRATANTE, sendo de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA, as despesas com alimentação e locomoção do pessoal.

7.5 Durante a execução do contrato a CONTRATADA obriga-se a adotar todas as preocupações e cuidados tendentes a evitar danos materiais e pessoais a seus funcionários, seus prepostos e a terceiros, pelos quais será integralmente responsável.

7.6 Zelar pelas boas práticas sanitárias e demais normas instituídas por órgãos regulatórios.

7.7 O Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) deverá obrigatoriamente ser recolhido no Município de Três Lagoas/MS, local da prestação dos serviços objeto deste contrato.

7.8 Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus empregados, das normas disciplinares da Unidade Hospitalar, conduzindo os trabalhos em harmonia com as atividades do CONTRATANTE, de modo a não causar transtornos ao andamento normal de seus serviços.

7.9 A inadiplência da CONTRATADA quanto aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere responsabilidade ao CONTRATANTE.

7.10 Comprovar ao CONTRATANTE o cumprimento de todas as obrigações descritas no termo de referência, através de cópias das guias de recolhimento que serão entregues junto com a nota fiscal.

7.11 Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do presente termo de referência.

7.12 Caso a CONTRATADA julgue necessário fazer alterações ou complementações nas rotinas de execução de serviços, deverá submeter o assunto à CONTRATANTE.

7.13 Comunicar imediatamente à CONTRATANTE toda e qualquer irregularidade ou dificuldade que impossibilite a execução dos serviços contratados.

7.14 Atender a qualquer solicitação de fiscalização interna e/ou externa, tais como: Fiscais do Trabalho, Fisco Municipal, Estadual e Federal; TCE, TCU e demais órgãos de fiscalização e apresentar, sempre que solicitado, a documentação relativa à regularidade fiscal da Empresa, correspondente as Certidões de Regularidade Fiscal Municipal, Estadual, Federal, Trabalhista, FGTS e demais documentos de habilitação e qualificação exigidas na Lei e no curso do procedimento de contratação.

7.15 Executar os serviços através de funcionários devidamente qualificados.

7.16 Prestar os serviços constantes do objeto do presente termo de referência, sempre em observância das disposições da legislação vigente.

7.17 A CONTRATADA será obrigada a manter durante toda a execução do contrato as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente Termo de Referência, sem prejuízo das demais obrigações previstas.

7.18 Propiciar ao CONTRATANTE todos os meios e facilidades necessárias à fiscalização dos serviços.

7.19 Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para maiores de catorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

7.20 A CONTRATADA deverá manter preposto aprovado pela CONTRATANTE, durante o período de vigência do Contrato, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, nº do CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional.

7.20.1. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas às notas fiscais, bem como dos serviços prestados.

7.21 Prestar os serviços com pessoal próprio, devidamente treinado e qualificado para ao desempenho das funções, uniformizados e portando crachá de identificação com fotografia recente, em quantidade necessária a atender o Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, de acordo com a norma vigente e provendo-os dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, se necessário.

7.22 A CONTRADA é obrigada a respeitar as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Governo do Estado do Mato Grosso do Sul e da Secretaria de Estado de Saúde relativos ao Sistema Único de Saúde – SUS.

7.23 A CONTRADA é obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do termo de referência em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados, e responderá por danos causados diretamente a terceiros ou à CONTRATANTE, independentemente da comprovação de sua culpa ou dolo na execução do contrato.

7.24 A CONTRATADA é obrigada a respeitar a legislação tributária federal (LC nº 116/2003) bem como os Códigos Tributários Municipais de cada localidade que prestar serviço para o Instituto, recolhendo os impostos devidos.

7.25 É de inteira responsabilidade da empresa contratada a efetivação do contrato de trabalho, recolhimento de impostos e demais responsabilidades trabalhistas.

7.26 A Contratada que porventura não estiver estabelecida no Estado do Mato Grosso do Sul é obrigada a abrir filial em até 90 (noventa) dias da assinatura do Contrato.

7.27 É de responsabilidade conjunta da diretoria técnica/clínica da CONTRATANTE e da CONTRATADA, através de seu coordenador responsável, a organização da escala de plantão dos profissionais médicos da unidade.

7.28 É de responsabilidade da CONTRATADA a disponibilização de médico com a respectiva qualificação profissional/especialidade para substituir eventual falta de médico servidor efetivo estadual.

7.29 No caso de eventual falta de profissional médico servidor efetivo estadual e necessidade de alocação de profissional da CONTRATADA para cobrir plantão nos termos do item retro, a CONTRATADA deverá comunicar a CONTRATANTE, por escrito, para fins de apuração de

eventual responsabilidade do servidor e para que seja adotado o processo para ressarcimento do custo com a substituição do médico servidor efetivo estadual.

7.30 A CONTRATADA que porventura não tiver registro ou inscrição da empresa e/ou de seu Representante Médico na entidade profissional competente junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul, é obrigado apresentar tais documentos permanentes em até 90 (noventa) dias da assinatura do Contrato, e em no máximo 30 (dias) registro provisório junto ao CRM local.

8. DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato.

8.2 Não obstante a CONTRATADA seja única e exclusivamente responsável pela execução de todos os serviços, o CONTRATANTE reserva-se no direito de, não restringindo a plenitude desta responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para tanto:

- a) Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de empregado da CONTRATADA que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente.

8.3 O CONTRATANTE se reserva o direito de rejeitar, no todo ou em parte, os serviços entregues, bem como os materiais utilizados, se em desacordo com este Termo de referência.

8.4 A fiscalização será exercida no interesse da Administração e não exclui, nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, e, na sua ocorrência, não implica corresponsabilidade do CONTRATANTE ou de seus agentes e prepostos.

8.5 Quaisquer exigências da fiscalização do contrato inerentes ao objeto deverão ser prontamente atendidas pela CONTRATADA.

8.6 Em caso de não conformidade do serviço prestado com as exigências administrativas, a CONTRATADA será notificada, por escrito, sobre as irregularidades apontadas, para as providências.

9. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 Os pagamentos à CONTRATADA, serão efetuados até o dia 30 (trinta) do mês seguinte da prestação dos serviços, mediante a apresentação da NOTA FISCAL, devidamente atestada pelos empregados responsáveis pela fiscalização e verificação do cumprimento do objeto do contrato (contendo: Prestação de SERVIÇOS MÉDICOS – EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM EM: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA / DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA, referente ao Contrato nº XXX, no período de XX a XX de XXXXXX de 202X, Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, no município de Três Lagoas/MS, referente ao Contrato nº XXX, no período de XX a XX de XXXXXX de 202X, com contrato de gestão nº 01/2022 firmado entre o Instituto Acqua e o Estado do Mato Grosso do Sul, e os Dados bancários), juntamente com:

- a) Das certidões de regularidade com o Fisco Federal, Estadual, Municipal, Seguridade Social (CND) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- b) Cópia da escala de trabalho;
- c) Relatório detalhado de execução de serviço;
- d) Relatório com informações e documentos comprobatórios sobre os vínculos funcionais e forma de pagamento dos profissionais que se encontram na escala.

9.2 A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome/razão social: INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL, CNPJ: 03.254.082/0023-02, na qual deve constar expressamente a vinculação do presente contrato ao CONTRATO DE GESTÃO nº 001/2022, firmado entre o CONTRATANTE e o Estado do Mato Grosso do Sul.

9.3 O pagamento da Nota Fiscal à CONTRATADA fica condicionado a entrega dos itens constantes na cláusula 9.1 deste termo de referência (subitens A à D).

9.4 No ato de apresentação da Nota Fiscal para pagamento dos serviços, não havendo comprovação de recolhimento dos tributos, o CONTRATANTE irá proceder com a retenção e recolhimento dos impostos, e abatimento do valor devido.

9.5 A Nota Fiscal deverá ser atestada pelo CONTRATANTE e, no caso de ocorrer a não aceitação dos serviços faturados, o fato será, de imediato, comunicado à CONTRATADA, para retificação das causas de seu indeferimento.

10. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

10.1 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.

10.2 O contrato decorrente do presente termo de referência é vinculado diretamente à vigência do Contrato de Gestão nº 001/2022 firmado entre o INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL e GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

10.3 A vinculação aqui referida impõe a extinção simultânea do contrato que decorrer do presente Termo de Referência, pela não renovação/prorrogação ou pela rescisão, independente do motivo, do Contrato de Gestão.

10.4 As partes poderão rescindir o presente instrumento a qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito, de 30 (trinta) dias.

11. DAS PENALIDADES

11.1 Caso a CONTRATADA não inicie a execução dos serviços a partir do prazo estipulado na ORDEM DE SERVIÇO e nas condições avençadas, ficará sujeita à multa de mora de 1% (um por cento) sobre o valor total da contratação, por dia de atraso injustificado, limitada sua aplicação até o máximo de 3 (três) dias.

11.2 Após o 3º (terceiro) dia os serviços poderão, a critério da Administração, não mais ser aceitos, configurando-se a inexecução total do contrato, com as consequências previstas em lei, no ato convocatório e no instrumento contratual.

11.3 A CONTRATADA, durante a execução do contrato, ficará sujeita a penalidades, contudo, as penalidades de advertência e multa serão variáveis de acordo com a gravidade dos casos a seguir:

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	Advertência
2	1% sobre o valor mensal do contrato
3	5% sobre o valor mensal do contrato
4	10% sobre o valor mensal do contrato

ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Deixar de substituir empregado que se conduza de modo inconveniente.	1
2	Deixar de fornecer EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) aos seus empregados.	2
3	Deixar de cumprir determinação formal ou instrução do fiscal.	2
4	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, conforme Termo de Referência.	3
5	Zelar pelas instalações utilizadas nas Unidades de Saúde.	3
6	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do Termo de Referência.	3
7	Deixar de cumprir quaisquer dos itens do Termo de Referência e seus Anexos, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador.	4
8	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais.	4
9	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais.	4

11.4 A multa aplicada sempre será precedida de notificação à CONTRATADA para apresentar suas justificativas, e será descontada/glosada do valor do pagamento.

11.5 A multa a que alude este artigo não impede que a CONTRATANTE rescinda o contrato e aplique as outras sanções previstas em contrato.

12. DA PROPOSTA

12.1 A proposta deverá ser apresentada conforme ANEXO II 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;

- c) Conter com clareza e sem omissões as especificações do serviço ofertado, mencionando a descrição, quantidade, valor global mensal, de forma a obedecer à discriminação do objeto;
- 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 CRITÉRIO DE JULGAMENTO DA PROPOSTA, SERÁ O DE MENOR DESCONTO (PORCENTAGEM) LINEAR SOBRE O VALOR DE REFERÊNCIA, POR EXAME, ESTABELECIDO EM PESQUISA DE MERCADO REALIZADO PELA CONTRATANTE;**
- h) **A PARTICIPANTE DEVERÁ APRESENTAR VALOR POR EXAME (JÁ COM O DESCONTO).**

13. DO PREÇO DE REFERÊNCIA

13.1 O **PREÇO DE REFERÊNCIA** para **SERVIÇOS MÉDICOS – EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS DE IMAGEM EM: DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA / DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**. Sendo para fins de proposta do presente seletivo, deve corresponder ao valor mensal necessário para cobertura do período total dos serviços descritos neste Termo de Referência, observando o valor estabelecido por exame realizado, máximo, a partir de pesquisa de mercado, conforme segue:

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
EXAMES RADIOLÓGICOS DE VASOS SANGÜÍNEOS E LINFÁTICOS		VALOR REFERÊNCIA
1	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 1.041,19
2	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$ 1.438,47
3	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 1.028,13
4	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 1.403,40
5	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 1.430,91
6	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 975,43
7	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 1.703,90
8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 1.703,99
9	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 1.703,99
10	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 1.403,40
11	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 1.421,28
12	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 1.431,36

13	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 1.430,91
14	ESPLENOPTOGRAMA	R\$ 1.260,18
15	LINFANGIOADENOGRAMA	R\$ 1.424,07
16	PTOGRAMA TRANS-HEPÁTICA	R\$ 1.512,19

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO		VALOR REFERÊNCIA
1	DACRIOCTOGRAMA	R\$ 74,82
2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 59,21
3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLÍQUAS + HIRTZ)	R\$ 18,04
4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLÍQUAS)	R\$ 16,94
5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 17,82
6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 17,39
7	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 18,04
8	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 17,01
9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 17,61
10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 21,62
11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	R\$ 17,24
12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 18,04
13	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 17,04
14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 18,11
15	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 17,24
16	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)	R\$ 10,00
17	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 9,46
18	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 16,94
19	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 10,00
20	SIALOGRAMA (POR GLÂNDULA)	R\$ 110,91

EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL		VALOR REFERÊNCIA
1	MIELOGRAFIA	R\$ 287,52
2	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 101,52
3	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	R\$ 17,01
4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R\$ 18,49
5	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 6,67
6	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 18,97
7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLÍQUAS)	R\$ 18,97
8	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 18,97
9	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 17,51
10	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 10,00
11	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	R\$ 10,00
12	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-CÓCCIGEA	R\$ 17,24
13	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 10,00

EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MADIÁSTINO		VALOR REFERÊNCIA
1	MAMOGRAFIA	R\$ 67,49

2	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 70,88
3	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 16,91
4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 16,91
5	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 17,01
6	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 31,51
7	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 17,01
8	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 26,40
9	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 10,00
10	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 15,36
11	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 17,51
12	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 16,85
13	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 16,33
14	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 16,33
15	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 15,36

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 15,40
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 17,01
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 17,01
4	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 17,01
5	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 17,01
6	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 17,01
7	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 15,40
8	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 15,40
9	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 15,40
10	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 15,40
11	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 17,01
12	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 15,40

EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE		VALOR REFERÊNCIA
1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 17,39
2	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 20,21
3	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 17,39
4	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 46,11
5	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 10,00
6	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 58,08
7	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 123,85
8	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 118,38

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 17,01
2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 17,01
3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 15,40
4	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 16,00
5	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 15,40
6	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 17,01

7	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 16,00
8	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 15,92
9	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 15,92
10	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 15,40
11	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 15,48
12	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 21,02

DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

TOMOGRAFIA DE CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		VALOR REFERÊNCIA
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 147,44
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 147,44
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 118,67
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 118,67
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 118,67
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 118,67
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 147,44
8	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 96,49
9	TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS (PET-CT)	R\$ 118,67

TOMOGRAFIA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 157,31
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	R\$ 157,31
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 157,31
4	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	R\$ 118,67

TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PÉLVIA E MEMBROS INFERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 157,31
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 157,31
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 186,30

DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		VALOR REFERÊNCIA
1	RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	R\$ 319,03
RM DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	RM DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES	R\$ 338,37
RM DO ABDOMEN, PÉLVE E MEMBROS INFERIORES		VALOR REFERÊNCIA
1	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 670,00
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 427,70
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 425,03
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 427,70
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	R\$ 427,70

6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 427,70
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 373,50
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 373,50
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 417,93
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 425,03
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 425,03
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 408,37
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 427,70
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 373,50
15	RESSONÂNCIA MAGNÈTICA MULTIPARAMÈTRICA DA PROSTATA	R\$ 373,50

DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA

ULTRASSONOGRRAFIA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)		VALOR REFERÊNCIA
1	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 346,34
2	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 177,42
3	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 149,10

ULTRASSONOGRRAFIA DOS DEMAIS SISTEMA		VALOR REFERÊNCIA
1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 190,06
2	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 68,67
3	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 76,64
4	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 82,42
5	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 76,64
6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 70,59
7	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 60,20
8	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 62,63
9	ULTRASSONOGRRAFIA DE ORGAO TRANSPLANTADO	R\$ 65,00
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 73,83
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 56,79
12	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 60,20
13	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 59,99
14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 177,42
15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 149,10
16	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 70,59
17	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,59
18	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 104,10
19	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 99,83
20	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 145,06
21	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 75,62
22	MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA	R\$ 132,80
23	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R\$ 335,94

13.2 Por ser tratar de serviços/procedimentos por demanda espontânea, os serviços efetivamente prestados e pagos à CONTRATADA poderão variar, independentemente de termo aditivo.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 Todas as anotações, análises, compilações, produtos e subprodutos, estudos e demais documentos elaborados pela CONTRATADA com relação ao Projeto ou serviço contratado serão também considerados “Informações Confidenciais”, e será de propriedade do CONTRATANTE, não cabendo à outra parte nenhum direito sobre eles, salvo acordo entre elas, expresso e por escrito.