



TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação de empresa especializada para a realização de exames de diagnóstico por imagem, para o Hospital Municipal Getúlio Vargas.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que a FHGV presta atendimento eletivo e de urgência/emergência a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS de Sapucaia do Sul e região e que, para a prestação de serviços adequados são necessários recursos terapêuticos e propedêuticos, sendo a oferta de exames de imagem fundamental para atender o perfil assistencial dos usuários.

Considerando que são realizados em média 30 exames mensalmente, entre estes exames, temos Ressonância Magnética, Cintilografia, Enema Opaco, Holter entre outros, especialidades de grande relevância nos diagnósticos médicos.

Considerando que a Fundação não possui equipamentos de Ressonância Magnética, Cintilógrafo.

Considerando que o hospital é porta aberta 24hs por dia, 7 dias por semana.

Considerando o aumento de atendimentos, acarretando consideravelmente no aumento de solicitações de exames de imagem.

Para que possamos atender adequadamente a população referenciada ao FHGV obtendo o melhor custo-benefício e proporcionando qualificação, atualização tecnológica, segurança dos pacientes, imagens com maior definição para diagnósticos mais precisos, economicidade aos processos da FHGV, faz-se necessário a contratação de empresa especializada para a realização de exames de diagnóstico por imagem.

3. DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

A execução dos serviços deverá ser efetuada para a FUNDAÇÃO DE SAÚDE SAPUCAIA DO SUL, com sede na Rua Pinheiro Machado, nº 331, Bairro Dihel, Sapucaia do Sul-RS.

§1º. A prestação do serviço será realizada em pacientes internados e ambulatoriais e pacientes ambulatoriais, devendo a empresa contratada garantir a agilidade e presteza na obtenção dos diagnósticos, cujos laudos deverão ser fornecidos em 24 horas para pacientes internados, com a liberação das imagens no ato da realização dos exames e no prazo de 7 dias úteis para pacientes eletivos ambulatoriais com laudo e imagens.

§2º. Para os Exames em Pacientes Internados/Emergência a CONTRATADA deverá:

a. Realizar a prestação de serviços nas datas e horários agendados nos locais definidos pela CONTRATADA por profissionais legalmente habilitados, que atenderão os pacientes para os exames solicitados.

b. Cumprir rigorosamente os prazos para agendamento que será de até 36



horas para pacientes internados, com disponibilidade de agendamento para os pacientes da emergência, nestes casos disponibilizando os laudos em 06 h.

- c. Primar pela qualidade e ética na execução do objeto contratual.
- d. Os laudos deverão ser disponibilizados em 24 h para pacientes internados.
- e. Na execução dos exames deverão ser utilizados os aparelhos, acessórios e medicamentos todos fornecidos pelo contratado.
- f. Avisar a CONTRATANTE sempre que o paciente não comparecer aos procedimentos.
- g. Apresentar o laudo juntamente com a solicitação do exame para que seja efetuado o pagamento.
- h. Repetir sem ônus para a FHGV, o(s) resultado(s) duvidoso(s) ou com suspeita de incorreção(ões).
- i. Quando houver a necessidade de permanência de acompanhante na sala de exame fornecer os EPI'S – Equipamentos de proteção individual, de acordo com a portaria 453.
- j. Os exames deverão ser realizados em todas as suas etapas, exclusivamente por técnico habilitado.
- k. Os pacientes internados serão levados até o local onde será realizado o exame por conta da FHGV (transporte) e com um técnico em enfermagem, quando paciente externo da UCE irá com um acompanhante e o deslocamento será por conta do mesmo.

§3º. Para os Exames em Pacientes Ambulatoriais a CONTRATADA deverá:

- a. Realizar a prestação de serviços nas datas e horários agendados nos locais definidos pela CONTRATADA por profissionais legalmente habilitados, que atenderão os pacientes para os exames solicitados.
- b. Cumprir rigorosamente os prazos para agendamento que será de até 07 (sete) dias para pacientes ambulatoriais, disponibilizando os laudos juntamente com as imagens em 07 (sete) dias úteis.
- c. Primar pela qualidade e ética na execução do objeto contratual.



- d. Na execução dos exames deverão ser utilizados os aparelhos, acessórios e medicamentos todos fornecidos pelo contratado.
- e. Avisar a CONTRATANTE sempre que o paciente não comparecer aos procedimentos.
- f. Apresentar o laudo juntamente com a solicitação do exame para que seja efetuado o pagamento.
- g. Repetir sem ônus para a FHGV, o(s) resultado(s) duvidoso(s) ou com suspeita de incorreção(ões).
- h. Quando houver a necessidade de permanência de acompanhante na sala de exame fornecer os EPI'S – Equipamentos de proteção individual, de acordo com a portaria 453.
- i. Os exames deverão ser realizados em todas as suas etapas, exclusivamente por técnico habilitado.

§4º. **Ter estrutura e equipe habilitada para atender emergência**, incluindo parada cardiorrespiratória, portanto, torna-se imprescindível para tal, a presença de um médico responsável.

§5º. Os pacientes ambulatoriais irão com 01 (um) acompanhante e o deslocamento será por conta do mesmo.

§6º. A empresa contratada deverá possuir sede e filiais para a prestação de serviços, recebimento e análise das amostras de até 120 km de distância da sede da parte Contratante

4. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Descrição dos Serviços:



		Lote: 1					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	Valor Unitário
1	990734	EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS, COM CONTRASTE / EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.435,20
2	990735	EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL, COM CONTRASTE / EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.435,20
3	990736	EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS INFERIORES, COM CONTRASTE / EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS INFERIORES, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.435,20
4	990737	EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS SUPERIORES, COM CONTRASTE / EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS SUPERIORES, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.435,20
5	990738	EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA VASOS INTRACRANIANOS, COM CONTRASTE / EXAME DE ANGIORESSONÂNCIA VASOS INTRACRANIANOS, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.435,20
		Lote: 2					



Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990693	EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA / EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA COM CONTRASTE	UN	5	-	60	R\$ 1.446,52
2	990636	EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA / EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA SEM CONTRASTE	UN	5	-	60	R\$ 1.418,38
3	990694	EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA / EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA COM CONTRASTE E COM SEDAÇÃO	UN	5	-	60	R\$ 2.348,51
4	990695	EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA / EXAME DE COLANGIORESSONÂNCIA SEM CONTRASTE E COM SEDAÇÃO	UN	5	-	60	R\$2.152,79
					Quantida de Total do Lote	240	
		Lote: 3					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990752	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA Pelve E/OU RETO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE E/OU RETO, COM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 1.304,73



2	990610	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE E/OU RETO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE E/OU RETO	UN	10	-	120	R\$ 978,55
3	990632	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR / LOMBOSSACRA / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR / LOMBOSSACRA	UN	10	-	120	R\$ 978,55
4	990753	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR / LOMBOSSACRA, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR / LOMBOSSACRA, COM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 1.304,73
5	990631	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA/DORSAL / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA/DORSAL	UN	1	-	12	R\$ 978,55
6	990755	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA/DORSAL, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA/DORSAL, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
7	990635	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMÁRIA / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMÁRIA	UN	1	-	12	R\$ 978,55
8	990756	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAMÁRIA, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAMÁRIA, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73



9	990634	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
10	990757	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
11	990633	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ / ANTE PÉ / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ / ANTE PÉ	UN	1	-	12	R\$ 978,55
12	990758	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ / ANTE PÉ, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ / ANTE PÉ, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
13	990630	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA TRANSRETAL / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA TRANSRETAL	UN	1	-	12	R\$ 978,55
14	990759	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA TRANSRETAL, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA TRANSRETAL, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
15	990629	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
16	990760	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO, COM CONTRASTE / EXAME DE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73



		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO, COM CONTRASTE					
17	990628	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEIOS DA FACE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEIOS DA FACE	UN	1	-	12	R\$ 978,55
18	990761	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEIOS DA FACE, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEIOS DA FACE, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
19	990627	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	UN	1	-	12	R\$ 978,55



20	990762	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
21	990626	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS ÓPTICAS/SEIOS DA FACE/ PARATIREOIDES / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS ÓPTICAS/SEIOS DA FACE/ PARATIREOIDES	UN	1	-	12	R\$ 978,55
22	990763	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS ÓPTICAS/SEIOS DA FACE/ PARATIREOIDES, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS ÓPTICAS/SEIOS DA FACE/ PARATIREOIDES, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
23	990625	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
24	990764	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
25	990624	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
26	990765	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73



		BRAÇO, COM CONTRASTE					
27	990623	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CALCÂNEO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CALCÂNEO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
28	990766	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CALCÂNEO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CALCÂNEO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
29	990621	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO E OSSO TEMPORAL / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO E OSSO TEMPORAL	UN	10	-	120	R\$ 978,55
30	990768	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO E OSSO TEMPORAL, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO E OSSO TEMPORAL, COM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 1.304,73
31	990620	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
32	990769	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
33	990619	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO	UN	1	-	12	R\$ 978,55



34	990770	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
35	990618	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PESCOÇO/TIREOIDE/LARINGE/FARIN GE / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PESCOÇO/TIREOIDE/LARINGE/FARIN GE	UN	1	-	12	R\$ 978,55
36	990771	EEXAME DE RESSONÂNCIA DO PESCOÇO/TIREOIDE/LARINGE/FARIN GE, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO PESCOÇO/TIREOIDE/LARINGE/FARIN GE, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
37	990617	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL	UN	1	-	12	R\$ 978,55
38	990772	EXAME DE RESSONÂNCIA DO QUADRIL, COM CONSTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO QUADRIL, COM CONSTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
39	990616	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO SACRO CÓCCIX / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO SACRO CÓCCIX	UN	1	-	12	R\$ 978,55
40	990773	EXAME DE RESSONÂNCIA DO SACRO CÓCCIX, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO SACRO CÓCCIX, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73



41	990615	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX E ESTERNO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX E ESTERNO	UN	2	-	24	R\$ 978,55
42	990774	EXAME DE RESSONÂNCIA DO TÓRAX E ESTERNO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO TÓRAX E ESTERNO, COM CONTRASTE	UN	2	-	24	R\$ 1.304,73
43	990614	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO	UN	1	-	12	R\$ 978,55
44	990775	EXAME DE RESSONÂNCIA DO TORNOZELO, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO TORNOZELO, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
45	990613	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ILÍACA E FEMORAIS / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ILÍACA E FEMORAIS	UN	1	-	12	R\$ 1.957,09
46	990776	EXAME DE RESSONÂNCIA DO ILÍACA E FEMORAIS, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO ILÍACA E FEMORAIS, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 2.609,46
47	990612	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL	UN	1	-	12	R\$ 978,55
48	990777	EXAME DE RESSONÂNCIA DO PLEXO BRAQUIAL, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO PLEXO BRAQUIAL, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
49	990611	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO ILÍACA / EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO ILÍACA	UN	1	-	12	R\$ 978,55



50	990778	EXAME DE RESSONÂNCIA DO SACRO ILÍACA, COM CONTRASTE / EXAME DE RESSONÂNCIA DO SACRO ILÍACA, COM CONTRASTE	UN	1	-	12	R\$ 1.304,73
		Lote: 4					
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990645	Cintilografia Cardíaca	UN	1	-	12	R\$ 469,69
2	990646	Cintilografia óssea	UN	1	-	12	R\$ 521,90
3	990650	Cintilografia Paratireóide	UN	1	-	12	R\$ 1.076,40
5	990652	Cintilografia Perfusão Miocárdica com tálio e Gálio	UN	1	-	12	R\$ 1.826,62
6	990648	Cintilografia Pulmonar	UN	1	-	12	R\$ 587,12
7	990647	Cintilografia Renal	UN	1	-	12	R\$ 450,12
8	990649	Cintilografia Tireóide	UN	1	-	12	R\$ 450,12
					Quantidade de Total do Lote	108	
		Lote: 5					
Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990508	Densitometria óssea coluna e fêmur	UN	2	-	24	R\$ 234,85
2	990839	SEDAÇÃO PRA EXAME DE IMAGEM	UN	1	-	12	R\$ 782,83

					Quantida de Total do Lote	36	
		Lote: 6					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990505	EXAME ENEMA OPACO / EXAME ENEMA OPACO	UN	8	-	96	R\$ 443,61
					Quantida de Total do Lote	108	
		Lote: 7					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990509	EXAME HOLTER 24 H / EXAME HOLTER 24 H	UN	2	-	24	R\$ 160,40
					Quantida de Total do Lote	24	
		Lote: 8					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990504	EXAME RADIOGRÁFICO DE ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (REED) / EXAME RADIOGRÁFICO DE ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	UN	1	-	12	R\$ 326,18



		(REED)					
					Quantida de Total do Lote	12	
		Lote: 9					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990525	EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA (CERVICAL, Lombo-sacra ou torácica); SEM CONTRASTE / EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA (CERVICAL, Lombo-sacra ou torácica); SEM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 978,55
2	990502	EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE VIAS Biliares/colangiorressonância / EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE VIAS Biliares/colangiorressonância COM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 1.304,73
3	990837	EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE VIAS Biliares/colangiorressonância / EXAME RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE VIAS Biliares/colangiorressonância SEM CONTRASTE	UN	10	-	120	R\$ 978,55



					Quantida de Total do Lote	372	
		Lote: 10					
Item	Código	Descrição	Unidad e	Qt. Mensal Estima da (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
1	990850	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 978,55
2	990851	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE COM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 1.826,62
3	990852	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 1.304,73
4	990853	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE COM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 2.087,57
5	990854	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 1.957,09
6	990855	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE COM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 2.739,93
7	990856	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 2.609,46
8	990857	EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE COM SEDAÇÃO.	UN	10		120	R\$ 3.392,30
					Quantida de Total do Lote	960	
		Lote : 11					



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Item	Código	Descrição	Unidade	Qt. Mensal Estimada (1)	Qt. Mensal Estimada (2)	Qt. Total 12 meses	
53	990839	SEDAÇÃO PRA EXAME DE IMAGEM	UN	10	-	120	R\$ 782,83
		Instituições:					
	-1	FUNDAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS	CNPJ:	13.183.513/0001-27			



5. PAGAMENTO

A Contratada deverá apresentar fatura para pagamento dos laudos realizados para a Chefia do setor de Imagem até o primeiro dia útil do mês para conferência e ateste dos exames laudados. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias a contar da data do recebimento da nota fiscal, através de depósito em conta corrente a ser informado na nota fiscal quando da sua emissão. A Nota Fiscal deverá ser emitida pela CONTRATADA com o mesmo CNPJ que consta no Contrato e estar vinculado a uma conta bancária, especificada na referida nota fiscal. Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidades ou inadimplemento do contrato ou das obrigações legais, não recaindo o CONTRATANTE em mora.

6. DOS CRITÉRIOS DE DISPUTA

Sugere-se como critério de julgamento das propostas o VALOR DO TOTAL DOS EXAMES, vencendo aquele licitante que alcançar o menor valor e que demonstre capacidade para atender a demanda solicitada.

7. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO E DA CONTRATANTE

• DA CONTRATADA

a) Demonstrar sua capacidade técnica para realização dos procedimentos, através da apresentação de toda documentação relativa:

- À comprovação da regularidade da empresa perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul dos profissionais médicos do Prestador que desempenharão as atividades do objeto desta contratação.
- À designação de Responsável Técnico pelos serviços da empresa, conforme legislação vigente;
- À comprovação da regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista.
- Declaração do Prestador informando que possui equipamento e tecnologia adequados para receber as imagens, analisar, emitir o laudo com assinatura eletrônica e transmiti-lo à FHGV com toda segurança e sigilo preconizados pelos órgãos reguladores.

b) Apresentar Alvará Sanitário ou Licença Sanitária expedida pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual, da sede do concorrente;

c) Disponibilizar atendimento através de médicos habilitados na especialidade relacionada, conforme o Conselho Federal de Medicina, preservando situações já estabelecidas, presentes e atuantes nas instalações e horários indicados pela CONTRATANTE;

d) Cumprir todas as atividades específicas descritas no item 4;

e) Observar integralmente as normas de segurança, conduta e disciplina estabelecidas pela CONTRATANTE, bem como facilitar o acompanhamento da CONTRATANTE na sua execução;

f) Prestar todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados;



g) Observar e fazer cumprir todas as normas legais relativas às atividades desenvolvidas, respondendo integralmente por quaisquer prejuízos ocasionados a pacientes e ao Contratante pela inobservância dessas obrigações;

h) Responder, exclusivamente, pelas ações e omissões de seus médicos, indenizando pacientes e o contratante por eventuais prejuízos que lhe forem ocasionados durante o período de vigência do presente contrato;

i) Se a CONTRATADA deixar de executar os serviços, objeto do presente Contrato, obrigando a CONTRATANTE, face às necessidades da mesma, a contratá-lo no mercado, fica obrigada cobrir a diferença a maior, eventualmente ocorrida, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação em vigor;

j) Adimplir todos os salários e encargos diretos e indiretos dos profissionais que integram sua equipe de trabalho;

k) Comprovar mensalmente a quitação das contribuições previdenciárias, trabalhistas e fiscais;

l) Contribuir para o aperfeiçoamento das rotinas da Instituição, mantendo postura facilitadora do trabalho em equipe, respeitando protocolos, fluxos e orientações da Direção, Coordenações de Área e Comissões Especiais;

m) Informar ao CONTRATANTE, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução do serviço, bem como qualquer fato que possa colocar em risco a qualidade da execução do serviço;

n) Responsabilizar-se, inclusive financeiramente, por toda estrutura física, profissionais, equipamentos e tecnologia adequados e necessários para o acesso às imagens, prestação de serviços e para a transmissão dos laudos.

o) Enviar à FHGV, no ato da assinatura do Contrato, relação dos profissionais médicos que prestarão os serviços contratados, juntamente com cópia das respectivas **Carteiras de Registro no Conselho Profissional constando expressamente a qualificação de especialista/RQE em radiologia e diagnóstico por exame.**

• DA CONTRATANTE

a) Efetuar controle dos exames realizados por meio da Chefia do Setor e da Comissão de Fiscalização do Contrato;

b) Realizar a fiscalização do contrato no que tange a qualidade da assistência, registros adequados nos sistemas, atendendo todas as normas da Instituição.

d) Aplicar sanções e penalidades em caso de não atendimento às obrigações da Contratada, em especial, pelo não alcance mínimo exigido nos critérios de qualidade dos exames realizados.

8. RECURSOS FINANCEIROS/ ORÇAMENTÁRIOS

Recursos provenientes da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas.

9. PROCEDIMENTOS DE FISCALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DO CONTRATO

A fiscalização do contrato firmado será de responsabilidade da nomeação conforme Portaria da FHGV juntamente com a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato. As faturas de prestação de serviços somente serão liberadas para pagamento após a validação por parte dessa comissão e após a emissão do Relatório Mensal de Acompanhamento e Fiscalização.



10. PRAZO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

O contrato a ser firmado terá o prazo de doze meses, podendo ser prorrogado até o limite previsto na Lei 8.666/93, art. 20 da Lei 14133 contudo, sendo possível ser rescindido a qualquer momento, mediante aviso prévio de 30 dias, pela conclusão de novo concurso público ou processo seletivo e conseqüente preenchimento das vagas.

11. RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TR E FISCAIS

Responsável pela
Elaboração do TR e Fiscal:

Petiégia Meneses
Fábio Bonalume

