

# TERMO DE REFERÊNCIA

## Chamamento para Contratação de Exames de Imagem e Anestesiologia

### 1 – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO:

O objeto do presente termo é o Chamamento Público para a contratação, através de credenciamento de pessoas jurídicas, para a Prestação de Serviço que forneçam exames de imagem a todas as faixas etárias da população nas modalidades de: Ultrassonografia ou Ecografia, Exames Contrastados e percutâneos, alguns envolvendo trato gastrointestinal, Mamografia Bilateral para rastreamento e Densitometria Óssea, bem como serviços especializados em anestesiologia junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A validade deste Chamamento terá o período de 12 (doze) meses, conforme condições, quantidade financeira e exigências estabelecidas neste instrumento.

### 2 – JUSTIFICATIVA:

O presente Termo de Referência visa subsidiar o Departamento de Licitações na elaboração das diretrizes que darão ordem e forma à Contratualização de serviços para a realização de Exames de Imagem nas modalidades de: Ultrassonografia ou Ecografia, Exames Contrastados e percutâneos, alguns envolvendo trato gastrointestinal, Mamografia Bilateral para rastreamento e Densitometria Óssea, todos mediante as solicitações médicas provenientes da Atenção Primária e da Atenção Especializada, emitidas para usuários que utilizam a rede pública municipal.

Além dos exames de imagem, é necessário prover serviços especializados em anestesiologia junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), contratando profissionais na especialidade de anestesiologia para realizarem a sedação/anestesia quando as condições do usuário exigem e também mediante a prescrição médica para a realização de exames especializados em diagnóstico por imagem. A finalidade deste serviço é o deslocamento dos profissionais até a Clínica executante dos exames de imagem e juntos conciliarem os procedimentos ao mesmo tempo, fornecendo assim a integralidade da assistência ao paciente.

Busca-se através da realização do certame suprir com a vazão mensal de forma eficiente dos exames, evitando assim o acúmulo de solicitações em filas de espera municipais e fornecer procedimentos de sedação/anestesia quando necessário à realização do exame.

Cabe aqui, salientar que a maioria desses exames são disponibilizados pela Associação Regional dos Serviços de Saúde (ARSS), porém o município apresenta uma demanda expressiva e não pode estar dependente da organização do Consórcio, optando-se assim por disponibilizar os exames aos usuários utilizando os dois vínculos contratuais e assegurando a distribuição por meio do sistema de regulação de acesso da Secretaria Municipal de Saúde e oferta de recursos financeiros pelo Gestor municipal.

É necessária a contratação de empresa especializada para a prestação de serviços que atendam a demanda de pacientes de média e alta complexidade que necessitem destes tipos de exames e em casos que o exame precisa ser realizado sob procedimento de sedação/anestesia. O intuito é de obter diagnósticos precisos e conseqüentemente providenciar o melhor tratamento aos pacientes Beltronenses que utilizam a rede pública municipal, incluindo todas as faixas etárias da população.

Justificamos que atualmente não encontramos prestadores de serviços ambulatoriais que realizem os procedimentos a preço de Tabela SUS, por isso explica-se a existência de valores financeiros maiores do que a referida tabela sendo praticados no mercado.

Considera-se que diante do vínculo de prestadores vai ser possível suprir as necessidades das demandas de saúde consideradas eletivas e de urgências, uma vez que a falta desses serviços pode comprometer o atendimento médico e pode colocar em risco a saúde e a vida das pessoas que procuram o atendimento da rede pública.

O perfil de trabalho dos prestadores de serviços vinculados, deve assegurar a assistência à saúde em caráter contínuo e resolutivo, objetivando a eficiência à rede pública.

Ante ao exposto, resta comprovada a necessidade da efetiva contratação dos serviços, objeto deste Termo de Referência, com vistas a uma oferta adequada de serviços para complementar à oferta atual na rede pública, possibilitando maior agilidade ao atendimento das demandas cadastradas no sistema de regulação, assim como estabelecimento de prazos para atendimento da fila de espera de acordo com a classificação de risco estratificada em cada usuário do sistema.

Durante a coleta de orçamentos entre os prestadores privados, esta Secretaria analisou os valores praticados pelo Consórcio junto aos serviços e identificou diferenças que se caracterizam com preços maiores em relação ao já praticado. No entanto, é possível relatar que esta SMS-FB opta por realizar este novo chamamento tendo como base esses valores já praticados para a maioria dos exames, uma vez que são preços mais altos quando comparados ao chamamento antigo do município e até mesmo quando comparados a preços extraídos da internet. Porém essa padronização não será considerada para os exames não disponíveis pela Associação Regional dos Serviços de Saúde (ARSS), ou então para valores mais baixos, uma vez que o Chamamento da ARSS existe há longo tempo e possivelmente quando comparados a preços populares da internet e valores medianos de orçamentos locais é possível identificar reajustes desses valores, julga-se que em decorrência da pandemia, pois os insumos da área saúde obtiveram acréscimos em todas as especialidades médicas. As fontes utilizadas como referência para estes casos serão os valores medianos dos orçamentos locais e a tabela de valores populares praticados em clínicas via internet e se necessário e conveniente a prática de preços do chamamento que hoje está em vigência.

Também, frisa-se que para os exames inerentes ao pré-natal, esta SMS compreende ser justo realizar os pagamentos de acordo com os valores medianos dos prestadores e de valores populares, pois são exames que exigem do profissional técnico um maior nível de acuracidade. Esses exames interferem e muito na melhor conduta a ser tomada entre os pontos de atenção em saúde, pois trata-se de duas vidas humanas (binômio mãe e feto) que implicam diretamente na qualidade de vida do município e seus indicadores quando consideradas as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil.

Acrescenta-se ainda a prática de compra dos serviços de anesthesiologia, junto a profissionais habilitados no desenvolvimento destes serviços, segue como referência os valores já praticados junto ao Consórcio regional. E para os exames de mamografias (\*)

mantém-se os valores pagos pela Tabela do Sistema Único de Saúde uma vez que esta regional de saúde possui prestador referência para a realização dos mesmos.

Diante de todas as explanações, a intenção deste novo Chamamento será para apresentar um maior tempo de duração e garantia da assistência em saúde, não precisando ser renovado a curto prazo.

### **3 – CRITÉRIOS DE JULGAMENTO:**

Justifica-se a distribuição dos exames por LOTES, e o prestador ao escolher o LOTE deverá realizar todos os exames constantes no mesmo, pois tratam-se de exames considerados importantes para suprir as necessidades do Município no que tange as avaliações médicas para fins de diagnósticos.

### **4 – DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

- Indicação de responsável técnico;
- Alvará de funcionamento;
- Licença e/ou alvará sanitário.

### **5 – LOCAL E FORMA DE EXECUÇÃO:**

Os exames de imagem objeto deste chamamento, deverão ser executados de acordo com as autorizações da Secretaria Municipal de Saúde, na sede de cada prestador credenciado e habilitado para a execução dos serviços, no município de Francisco Beltrão.

### **6 – PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA:**

O prazo de vigência do contrato é de **12 (doze) meses** e inicia-se a partir da data de assinatura do contrato, prorrogáveis por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 meses de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93 e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

Havendo prorrogação do prazo da prestação dos serviços, o valor poderá ser atualizado com base na variação do INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, dos últimos 12 (doze) meses. No cálculo do primeiro reajuste deverá ser utilizado o índice do mês anterior à data da proposta comercial e o índice do mês anterior à data prevista para o reajuste, conforme disposto na lei nº 10.192 de 14/02/2001. Para reajustes subsequentes deverá ser utilizado o índice do mês anterior à data de concessão do último reajuste do contrato e o índice do mês anterior à data prevista para o reajuste.

Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser refeitos no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

## 7- OBRIGAÇÕES:

### DA CONTRADA:

- a) Disponibilizar possibilidades de atendimento para sanar as dificuldades do Município em atender a demanda prioritária, principalmente se forem exames solicitados pela Unidade Hospitalar ou UPA-24 horas;
- b) Cumprir com a quantidade de exames planejados pela Secretaria de Saúde dentro do mês solicitado;
- c) Respeitar os valores financeiros quando dispostos em itens descritos “Bilateralmente”, pois o valor já contempla ambos os lados da indicação do exame;
- d) Auxiliar em caso de decisão pelo Município da necessidade de regime de mutirão para a resolutividade das grandes demandas em fila de espera, o prestador deverá disponibilizar horários alternativos como no período noturno e finais de semana para o encaminhamento dos pacientes em grande escala;
- e) Praticar os valores dos exames de acordo com contrato firmado junto ao município;
- f) Recepcionar os exames no sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-FB) para faturamento mensal;
- g) Emitir nota fiscal, após solicitação pelo Departamento Administrativo (SMS-FB). Em nota fiscal deverá obrigatoriamente constar o número da inexigibilidade e número do contrato da prestação de serviços;
- h) Realizar os exames, mediante autorização da Central de Agendamentos do Município (formulário impresso), não aceitar acordos de pacientes ou terceiros;
- i) Estar atento a formulários com agendamentos errados, inconsistências de usuários, a empresa deverá entrar em contato com o setor de agendamento da SMS-FB (35234550 ou 35234785) solicitando o agendamento correto e novas guias para lançar o faturamento;
- j) Não cobrar do paciente qualquer valor adicional para a realização do exame;
- k) Entregar o laudo conclusivo dos exames aos pacientes;
- l) Realizar contato junto a clínica responsável pela sedação/anestesia para programação dos exames, o município emitirá as autorizações necessárias referentes ao procedimento;
- m) Exames de urgência e emergência os laudos deverão ser entregues em até 24 horas;
- n) São de inteira responsabilidade das instituições contratadas, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do Contrato;
- o) As instituições e seus profissionais contratados são responsáveis pelos danos causados diretamente à Secretaria Municipal da Saúde e/ou terceiros, decorrentes da execução do Contrato.

### EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA:

- a) Cumprir aos itens descritos acima e concernentes ao serviço;
- b) Executar os serviços conforme programação previamente acordada entre os serviços envolvidos;
- c) Disponibilizar os profissionais, materiais/medicamentos necessários a realização dos serviços;
- d) Deslocar-se ao prestador de serviços conforme programação acordada;

### DO CONTRATANTE:

- Efetuar vistorias nas Instalações da Contratada e formalizar para análise sempre que entender necessário em casos de denúncias, reclamações de usuários;
- Executar em tempo hábil a conferência da produção mensal e processar o faturamento ambulatorial;
- Distribuir as cotas mensais de acordo com a organização financeira estipulada prevista pelo Gestor Municipal;
- Manter a execução dos serviços onde prevaleça a qualidade;
- Pagar o prestador de serviços mediante a sua produção ambulatorial.

## 8 – ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS:

### 8.1- EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR COMPLEMENTAR R\$	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO R\$
1	Ultrassonografia glândulas salivares (parótidas, submandibulares e sublinguais)- unilateral	—	165,00	<b>165,00</b>
2	Ultrassonografia de Mamas bilateral	24,20	100,80	<b>125,00</b>
3	Ultrassonografia Abdômen total (abdômen superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais)	37,95	107,05	<b>145,00</b>
4	Ultrassonografia Abdômen Superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	24,20	100,80	<b>125,00</b>
5	Ultrassonografia Hipocôndrio Direito (vias biliares)	—	165,00	<b>165,00</b>
6	Ultrassonografia de Retroperitônio (pâncreas, rins, ureteres proximais, adrenais, linfonodos, diafragma, músculo psoas e vasos sanguíneos (aorta, veia cava inferior, artéria e veia mesentérica superior, artéria e veias hepáticas e esplênicas).	—	165,00	<b>165,00</b>
7	Ultrassonografia Abdômen inferior abdominal e pélvica masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)	—	125,00	<b>125,00</b>
8	Ultrassonografia Abdômen inferior feminino abdominal e pélvica (bexiga, útero, ovário e anexos)	—	125,00	<b>125,00</b>
9	Ultrassonografia de Parede abdominal ( região umbilical)	—	125,00	<b>125,00</b>
10	Ultrassonografia de órgãos superficiais (tireoide, escroto, pênis)	24,20	100,80	<b>125,00</b>





	ou crânio)			
11	Ultrassonografia de Estrutura Superficiais ou partes moles Axilas, músculos, tendões, crânio, tecido celular subcutâneo, entre outras.	—	125,00	<b>125,00</b>
12	Ultrassonografia articular (por articulação- ombro, cotovelo, punho, mão, etc.)	24,20	100,80	<b>125,00</b>
13	Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	24,20	111,80	<b>136,00</b>
14	Ultrassonografia de Próstata (via transretal)	24,20	175,80	<b>200,00</b>
15	Ultrassonografia de Próstata transretal c/ biopsia independente nº de fragmentos	24,20	425,80	<b>450,00</b>
16	Ultrassonografia de Testículos Bilateral	24,20	155,80	<b>180,00</b>
17	Ultrassonografia de Tórax (extracardiaca)	24,20	55,80	<b>80,00</b>
18	Ultrassonografia de Aparelho Urinário (rins e vias urinárias)	24,20	100,80	<b>125,00</b>
19	Ultrassonografia de Pescoço	—	110,00	<b>110,00</b>
20	Ultrassonografia Cervical	—	180,00	<b>180,00</b>
21	Ultrassonografia Musculatura da Coxa (quadríceps)	—	125,00	<b>125,00</b>
22	Ultrassonografia de Região Inguinal bilateral	—	125,00	<b>125,00</b>
23	Ultrassonografia Transvaginal (inclui abdome inferior feminino-pélvica)	24,20	100,80	<b>125,00</b>
24	Ultrassonografia Transfontanela	24,20	175,80	<b>200,00</b>
25	Ultrassonografia Obstétrica	24,20	125,80	<b>150,00</b>
26	Ultrassonografia Obstétrica convencional com Doppler Colorido e Pulsado	39,60	190,40	<b>230,00</b>
27	Ultrassonografia com Translucência nucal e medida de colo uterino (Morfológica 1º trimestre- entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias)	—	310,00	<b>310,00</b>
28	Ultrassonografia Obstétrica gestação Múltipla: cada feto	—	260,00	<b>260,00</b>
29	Ultrassonografia gestação múltipla com Doppler Colorido: cada feto	—	285,00	<b>285,00</b>
30	Ultrassonografia inicial 1º Trimestre (Endovaginal) (primeiro exame indicado no pré-natal entre 6 a 10 semanas de gestação)	24,20	100,80	<b>125,00</b>
31	Ultrassonografia Morfológica de 2º Trimestre (20 a 26 semanas)	—	250,00	<b>250,00</b>
32	Ultrassonografia Obstétrica: perfil biofísico fetal (3ºTrimestre)	—	230,00	<b>230,00</b>
33	Ultrassonografia Doppler Morfológica de 2º Trimestre (20 a 26 semanas)	—	340,00	<b>340,00</b>



34	Ultrassonografia Doppler Colorido Transfontanela	—	230,00	<b>230,00</b>
35	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos Cervicais arteriais Bilateral (carótidas e vertebrais)	39,60	200,40	<b>240,00</b>
36	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos cervicais venosos bilateral (subclávias e jugulares)	39,60	210,40	<b>250,00</b>
37	Ultrassonografia Doppler colorido de aorta e artérias renais	39,60	210,40	<b>250,00</b>
38	Ultrassonografia Doppler colorido de aorta e ilíacas	39,60	210,40	<b>250,00</b>
39	Ultrassonografia Doppler colorido de hemangioma	39,60	190,40	<b>230,00</b>
40	Ultrassonografia Doppler colorido de veia cava superior ou inferior (unilateral)	39,60	210,40	<b>250,00</b>
41	Ultrassonografia Doppler colorido arterial de membro superior (unilateral) até 9 vasos	39,60	220,40	<b>260,00</b>
42	Ultrassonografia Doppler colorido venoso de membro superior (unilateral) até 9 vasos	39,60	220,40	<b>260,00</b>
43	Ultrassonografia Doppler colorido arterial de membro inferior (unilateral) até 9 vasos	39,60	220,40	<b>260,00</b>
44	Ultrassonografia Doppler colorido venoso de membro inferior (unilateral) até 9 vasos	39,60	220,40	<b>260,00</b>
45	Ultrassonografia Doppler Abdômen total	39,60	210,40	<b>250,00</b>
46	Ultrassonografia Doppler Abdômen superior	39,60	160,40	<b>200,00</b>
47	Ultrassonografia Doppler Abdômen inferior	39,60	160,40	<b>200,00</b>
48	Ultrassonografia Doppler bolsa escrotal (testículos e cordões espermáticos) Bilateral	39,60	180,40	<b>220,00</b>
49	Ultrassonografia Doppler de Próstata transretal	39,60	350,40	<b>390,00</b>
50	Ultrassonografia Doppler de Tireoide	39,60	160,40	<b>200,00</b>
51	Ultrassonografia Doppler de mamas bilateral	39,60	235,40	<b>275,00</b>
52	Ultrassonografia Transvaginal c/ Doppler (avalia útero, ovários, cistos, miomas e pólipos)	24,20	195,80	<b>220,00</b>
53	Ultrassonografia Doppler de Partes moles (pele e a gordura subcutânea, e sua vascularização, podendo ser realizado em qualquer área da superfície corporal)	39,60	160,40	<b>200,00</b>

54	Ultrassonografia Doppler de Axila	39,60	140,40	<b>180,00</b>
55	Ultrassonografia Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada ( inclui coração)	39,60	180,40	<b>220,00</b>
56	Ultrassonografia Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior/inferior, tronco celíaco)	39,60	230,40	<b>270,00</b>
57	Biopsia de Tireoide guiada por Ultrassonografia (PAAF) – cada nódulo	97,00	856,07	<b>953,07</b>
58	Biopsia de mama guiada por ultrassonografia (CORE) – cada nódulo	97,00	856,07	<b>953,07</b>
59	Biopsia Hepática percutânea guiada por ultrassonografia	97,00	1.103,00	<b>1.200,00</b>

## 8.2 EXAMES DE RAIOS CONTRASTADOS E ESPECIFICIDADES:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR COMPLEMENTAR R\$	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO R\$
1	Histerossalpingografia	45,34	404,66	450,00
2	Colangiografia	32,61	427,39	460,00
3	Raio X Coluna para escoliose (Telespondilografia)	—	120,00	120,00
4	Raio X Enema opaco	—	300,00	300,00
5	Raio X Esôfago, Estômago e Duodeno Contrastado (Esofagograma/ Seriografia/SEED)	—	400,00	400,00
6	Raio X Escanometria	7,77	92,23	100,00
7	Raio X Fistulografia	45,34	554,66	600,00
8	Raio X Flebografia por membro	145,94	374,06	520,00
9	Raio X mãos e punhos idade óssea 3 incidências e 4 incidências	6,00	124,00	130,00
10	Raio X Pielografia	—	600,00	600,00
11	Raio X Transito Intestinal	47,59	502,41	550,00
12	Raio X Uretrocistografia	—	350,00	350,00
13	Sialografia	—	550,00	550,00
14	Urografia Excretora	—	300,00	300,00
15	Raio X panorâmico de MMSS	—	100,00	100,00
16	Raio X panorâmico de MMII	9,29	90,71	100,00
17	Raio X de Esôfago, Estômago e Duodeno (REED)	—	400,00	400,00



### 8.3 EXAMES DE DENSITOMETRIA ÓSSEA:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR COMPLEMENTAR R\$	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO R\$
1	Densitometria Óssea- 2 segmentos (coluna e fêmur)	—	300,00	300,00

### 8.4. EXAMES DE MAMOGRAFIA DIGITAL:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR COMPLEMENTAR R\$	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO R\$
1	Mamografia digital bilateral	45,00	-	45,00

### 8.5. PROCEDIMENTO DE SEDAÇÃO/ ANESTESIA:

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR COMPLEMENTAR R\$	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO R\$
1	Avaliação médica pré- anestésica	10,00	55,00	65,00
2	Sedação	—	400,00	400,00
3	Anestesia Geral	—	400,00	400,00

**Valor Total Máximo Estimado R\$ 3.000.000,00**  
**(Três milhões de reais)**

## 9 – RECURSOS PARA CONTRATAÇÃO:

Os recursos financeiros para suportar a eficácia do presente objeto, serão provenientes do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) fonte 494 e o complemento dos valores com recurso próprios do município fonte 000.

## 10 – FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO:

A fiscalização e o acompanhamento da execução dos contratos serão efetuados pela equipe do setor de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde.

A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade do fornecedor, ainda que resultem de condições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e, na ocorrência desta, não implica na responsabilidade da administração e de seus agentes e prepostos.

## 11 – DADOS DA SOLICITAÇÃO:

- Data de envio do termo: 10/10/2022
- Secretaria Municipal de Saúde
- Nome do elaborador deste Termo de Referência: Elaine Anghinoni e Carla Schroeder
- Telefone para Contato: (46) 3520-2310 e 3520-2311
- Anexos a este Termo encontram-se os documentos que deram base à solicitação.

## 12 – AUTORIZAÇÃO:

Francisco Beltrão, 10/10/2022.

Manoel Brezolin  
Secretário de Saúde

Antonio Carlos Bonetti  
Sec. Mun. de Administração

Cleber Fontana  
Prefeito Municipal

## 13 – ANEXOS:

Estamos anexando documentos para subsidiarem o procedimento licitatório de aquisição dos referidos ingressos.

ANEXO I – Obtenção da Média  
ANEXO II – Orçamentos

## ANEXO I – OBTENÇÃO DA MÉDIA

### 8.1- EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR ARSS (R\$)	VALOR DE COTAÇÃO MEDIANA CLINICAS DE FB	1º DIFERENÇA DOS VALORES MEDIANOS DAS CLINICAS/2º DIFERENÇA DOS VALORES DE INTERNET	VALOR DE COTAÇÃO INTERNET (preço popular)	VALOR A SER PAGO
1	Ultrassonografia glândulas salivares (parótidas, submandibulares e sublinguais)- unilateral	—	165,00	205,00	40,00/ -40,00	125,00	165,00
2	Ultrassonografia de Mamas bilateral	24,20	80,00	163,00	83,00/45,00	125,00	125,00
3	Ultrassonografia Abdômen total (abdômen superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais)	37,95	110,00	205,00	95,00/35,00	145,00	145,00
4	Ultrassonografia Abdômen Superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	24,20	80,00	148,00	68,00/45,00	125,00	125,00
5	Ultrassonografia Hipocôndrio Direito (vias biliares)	—	165,00	176,00	11,00/-40,00	125,00	165,00
6	Ultrassonografia de Retroperitônio (pâncreas, rins, ureteres proximais, adrenais, linfonodos, diafragma, músculo psoas e vasos sanguíneos (aorta, veia cava inferior, artéria e veia mesentérica superior, artéria e veias hepáticas e	—	165,00	205,00	40,00/—	—	165,00



	esplênicas).						
7	Ultrassonografia Abdômen inferior abdominal e pélvica masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)	—	80,00	126,00	46,00/45,00	125,00	125,00
8	Ultrassonografia Abdômen inferior feminino abdominal e pélvica (bexiga, útero, ovário e anexos)	—	110,00	133,00	23,00/15,00	125,00	125,00
9	Ultrassonografia de Parede abdominal ( região umbilical)	—	—	145,00	—	125,00	125,00
10	Ultrassonografia de órgãos superficiais (tireoide, escroto, pênis ou crânio)	24,20	100,00	160,00	60,00/25,00	125,00	125,00
11	Ultrassonografia de Estrutura Superficiais ou partes moles Axilas, músculos, tendões, crânio, tecido celular subcutâneo, entre outras.	—	—	190,00	—	125,00	125,00
12	Ultrassonografia articular (por articulação-ombro, cotovelo, punho, mão, etc.)	24,20	—	170,00	—	125,00	125,00
13	Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	24,20	—	136,00	—	—	136,00
14	Ultrassonografia de Próstata (via transretal)	24,20	—	200,00	—	250,00	200,00
15	Ultrassonografia de Próstata transretal c/ biopsia independente n° de fragmentos	24,20	450,00	695,00	245,00/—	—	450,00
16	Ultrassonografia de Testículos Bilateral	24,20	180,00	183,00	3,00	—	180,00





17	Ultrassonografia de Tórax (extracardiáca)	24,20	80,00	95,00	5,00	—	80,00
18	Ultrassonografia de Aparelho Urinário (rins e vias urinárias)	24,20	80,00	150,00	70,00/45,00	125,00	125,00
19	Ultrassonografia de Pescoço	—	110,00	190,00	80,00	—	110,00
20	Ultrassonografia Cervical	—	180,00	190,00	10,00/-55,00	125,00	180,00
21	Ultrassonografia Musculatura da Coxa (quadríceps)	—	110,00	190,00	80,00/15,00	125,00	125,00
22	Ultrassonografia de Região Inguinal bilateral	—	110,00	150,00	40,00/15,00	125,00	125,00
23	Ultrassonografia Transvaginal (inclui abdome inferior feminino-pélvica)	24,20	110,00	148,00	38,00/15,00	125,00	125,00
24	Ultrassonografia Transfontanela	24,20	200,00	243,00	43,00	—	200,00
25	Ultrassonografia Obstétrica	24,20	80,00	150,00	70,00/85	165,00	150,00
26	Ultrassonografia Obstétrica convencional com Doppler Colorido e Pulsado	39,60	120,00	230,00	110,00/230,00	350,00	230,00
27	Ultrassonografia com Translucência nucal e medida de colo uterino (Morfológica 1º trimestre- entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias)	—	435,00	310,00	-125,00/-105,00	330,00	310,00
28	Ultrassonografia Obstétrica gestação Múltipla: cada feto	—	260,00	293,00	33,00/-10,00	250,00	260,00
29	Ultrassonografia gestação múltipla com Doppler Colorido: cada feto	—	240,00	423,00	183,00/240,00	480,00	285,00
30	Ultrassonografia inicial 1º Trimestre (Endovaginal) (primeiro exame indicado no pré-	24,20	90,00	148,00	58,00/35,00	125,00	125,00



	natal entre 6 a 10 semanas de gestação)						
31	Ultrassonografia Morfológica de 2º Trimestre (20 a 26 semanas)	—	190,00	330,00	250,00	250,00	250,00
32	Ultrassonografia Obstétrica: perfil biofísico fetal (3º Trimestre)	—	—	230,00	—	—	230,00
33	Ultrassonografia Doppler Morfológica de 2º Trimestre (20 a 26 semanas)	—	—	340,00	—	385,00	340,00
34	Ultrassonografia Doppler Colorido Transfontanela	—	—	230,00	—	250,00	230,00
35	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos Cervicais arteriais Bilateral (carótidas e vertebrais)	39,60	180,00	240,00	66,00/70,00	250,00	240,00
36	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos cervicais venosos bilateral (subclávias e jugulares)	39,60	180,00	260,00	86,00/70,00	250,00	250,00
37	Ultrassonografia Doppler colorido de aorta e artérias renais	39,60	180,00	316,00	136,00/70,00	250,00	250,00
38	Ultrassonografia Doppler colorido de aorta e ilíacas	39,60	180,00	270,00	90,00/70,00	250,00	250,00
39	Ultrassonografia Doppler colorido de hemangioma	39,60	180,00	230,00	50,00	—	230,00
40	Ultrassonografia Doppler colorido de veia cava superior ou inferior (unilateral)	39,60	180,00	250,00	70,00/70,00	—	250,00
41	Ultrassonografia Doppler colorido arterial de membro superior (unilateral) até 9 vasos	39,60	260,00	266,00	6,00/-10,00	250,00	260,00
42	Ultrassonografia	39,60	260,00	266,00	6,00/-10,00	250,00	260,00



	Doppler colorido venoso de membro superior (unilateral) até 9 vasos						
43	Ultrassonografia Doppler colorido arterial de membro inferior (unilateral) até 9 vasos	39,60	260,00	266,00	6,00/-10,00	250,00	260,00
44	Ultrassonografia Doppler colorido venoso de membro inferior (unilateral) até 9 vasos	39,60	260,00	266,00	6,00/-10,00	250,00	260,00
45	Ultrassonografia Doppler Abdômen total	39,60	—	264,00	/-14,00	250,00	250,00
46	Ultrassonografia Doppler Abdômen superior	39,60	180,00	200,00	25,00/70,00	250,00	200,00
47	Ultrassonografia Doppler Abdômen inferior	39,60	180,00	200,00	20,00/	—	200,00
48	Ultrassonografia Doppler bolsa escrotal (testículos e cordões espermáticos) Bilateral	39,60	—	220,00	—	—	220,00
49	Ultrassonografia Doppler de Próstata transretal	39,60	390,00	398,00	8,00/-140,00	250,00	390,00
50	Ultrassonografia Doppler de Tireoide	39,60	180,00	200,00	20,00	—	200,00
51	Ultrassonografia Doppler de mamas bilateral	39,60	275,00	241,00	- 34,00	—	275,00
52	Ultrassonografia Transvaginal c/ Doppler (avalia útero, ovários, cistos, miomas e pólipos)	24,20	—	220,00	—	350,00	220,00
53	Ultrassonografia Doppler de Partes moles (pele e a gordura	39,60	180,00	200,00	20,00/170,00	350,00	200,00



	subcutânea, e sua vascularização, podendo ser realizado em qualquer área da superfície corporal)						
54	Ultrassonografia Doppler de Axila	39,60	180,00	180,00	3,00	—	180,00
55	Ultrassonografia Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada ( inclui coração)	39,60	—	220,00	—	—	220,00
56	Ultrassonografia Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior/inferior, tronco celíaco)	39,60	270,00	—	—/-20,00	250,00	270,00
57	Biopsia de Tireoide guiada por Ultrassonografia (PAAF) – cada nódulo	97,00	953,07	—	—	450,00	953,07
58	Biopsia de mama guiada por ultrassonografia (CORE) – cada nódulo	97,00	953,07	—	—/-203,00	750,00	953,07
59	Biopsia Hepática percutânea guiada por ultrassonografia	97,00	—	1.200,00	—/246,00	—	1.200,00

## 8.2 EXAMES DE RAIOS X CONTRASTADOS E ESPECIFICIDADES

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR ARSS	VALOR DE COTAÇÃO MEDIANA CLINICAS DE FB	1º DIFERENÇA DOS VALORES MEDIANOS DAS CLINICAS/2º DIFERENÇA DOS VALORES DE INTERNET	VALOR DE COTAÇÃO INTERNET (preço popular)	VALOR A SER PAGO
1	Histerossalpingografia	45,34	400,00	745,00	345/420,00	820,00	450,00
2	Colangiografia	32,61	—	600,00	—/-140,00	460,00	460,00
3	Raio X Coluna para escoliose (Telespondilografia)	—	—	300,00	—	120,00	120,00
4	Raio X Enema opaco	—	300,00	590,00	290,00/	300,00	300,00



5	Raio X Esôfago, Estomago e Duodeno Contrastado (Esofagograma/Seriografia/SEED)	—	—	490,00	—	400,00	400,00
6	Raio X Escanometria	7,77	90,00	280,00	190,00/10,00	100,00	100,00
7	Raio X Fistulografia	45,34	—	600,00	—	—	600,00
8	Raio X Flebografia por membro	145,94	145,94	520,00	374,06/574,06	720,00	520,00
9	Raio X mãos e punhos idade óssea 3 incidências e 4 incidências	6,00	21,33	200,00	178,67/108,67	130,00	130,00
10	Raio X Pielografia	—	—	600,00	—	—	600,00
11	Raio X Transito Intestinal	47,59	—	550,00	—	—	550,00
12	Raio X Uretrocistografia	—	250,00	550,00	200,00/100,00	350,00	350,00
13	Sialografia	—	—	550,00	—	--	550,00
14	Urografia Excretora	—	—	550,00	—	300,00	300,00
15	Raio X panorâmico de MMSS	—	—	—	—	100,00	100,00
16	Raio X panorâmico de MMII	9,29	—	—	—	100,00	100,00
17	Raio X de Esôfago, Estômago e Duodeno (REED)	—	—	—	—	400,00	400,00

### 8.3 EXAMES DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR ARSS	VALOR DE COTAÇÃO MEDIANA CLINICAS DE FB	VALOR DE COTAÇÃO INTERNET (preço popular)	VALOR A SER PAGO
1	Densitometria Óssea- 2 segmentos (coluna e fêmur)	—	150,00 P/ 1 SEGMENTO	—	—	300,00

### 8.4. EXAMES DE MAMOGRAFIA DIGITAL

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR ARSS	VALOR DE COTAÇÃO MEDIANA CLINICAS DE FB	VALOR DE COTAÇÃO INTERNET (preço popular)	VALOR A SER PAGO
1	Mamografia digital bilateral	45,00	45,00	—	200,00	*45,00



### 8.5. PROCEDIMENTO DE SEDAÇÃO/ ANESTESIA

ITEM	CÓD. SIGTAP	DESCRIÇÃO DOS EXAMES	VALOR TABELA SUS	VALOR ARSS	VALOR DE COTAÇÃO (MÉDIA)
1		Avaliação médica pré- anestésica	10,00	65,00	65,00
2		Sedação	—	400,00	400,00
3		Anestesia Geral	—	400,00	400,00



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 86BC-9F13-DB3A-31F0

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ ANTONIO CARLOS BONETTI (CPF 340.XXX.XXX-49) em 10/10/2022 15:32:46 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MANOEL BREZOLIN (CPF 279.XXX.XXX-20) em 11/10/2022 08:47:59 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MUNICIPIO DE FRANCISCO BELTRAO (CNPJ 77.816.510/0001-66) VIA PORTADOR CLEBER FONTANA (CPF 020.XXX.XXX-21) em 14/10/2022 11:50:43 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: AC SAFEWEB RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/86BC-9F13-DB3A-31F0>