

TERMO DE REFERÊNCIA

1 – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO:

O objeto do presente termo é o CHAMAMENTO PÚBLICO na modalidade de credenciamento de clínicas especializadas localizadas no município para a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RADIOGRAFIAS COM IMAGENS E LAUDOS (RAIO X) de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

2 – JUSTIFICATIVA:

Tendo em vista a necessidade da manutenção dos serviços exames de imagem na modalidade radiografias para a oferta aos usuários do Sistema Único de Saúde residentes em nosso município e considerando que o município não dispõe de serviço próprio com fluxo planejado para esses exames e que geram uma demanda diária expressiva.

Para os exames realizados no Consórcio (CONSUD) complementa-se que as vagas disponíveis não ressarcem a necessidade de Francisco Beltrão e a espera poderá gerar filas para um exame considerado essencial na Rede de Atenção à Saúde.

As solicitações médicas para esses exames decorrem da condição para confirmação diagnóstica ou exames pré-operatórios para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos

Busca-se através da realização do certame, utilizar recurso financeiro proveniente da Média e Alta Complexidade (MAC), tendo como referência o pagamento mínimo dos valores nacionais executados na Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS (SIGTAP) mais a complementação financeira com recursos próprios.

Essa complementação se dará com base no adicional de 3 (três) vezes o valor da tabela SUS, a origem dessa condição está no ajuste realizado entre o município e os prestadores hospitalares para a realização das cirurgias eletivas. A regra estende-se para os demais reajustes, justificando uma parametrização lógica de valores instituídos e não onerando irracionalmente o sistema público quando comparado aos valores praticados em convênios de saúde e particulares. Exames que demandam maior desempenho tecnológico e profissional e que já ficaram desertos em chamamento anterior apresentam valores diferentes a regra.

3 – CRITÉRIOS DE JULGAMENTO:

Justifica-se a solicitação do julgamento **LOTE ÚNICO**, haja vista a necessidade de atendimento da demanda populacional em procedimentos de diagnósticos por imagem, dispor de acesso a todos os exames requisitados, qualidade e padrão dos serviços utilizados.

4 – DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E SOLICITAÇÃO DE AMOSTRA OU PROSPECTO:

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Para responder pela função de Responsável Técnico (RT) é necessário possuir:

- Formação em medicina, ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.
- Certificação de qualificação para a prática, emitida por órgão de reconhecida competência ou colegiados profissionais, cujo sistema de certificação avalie também o conhecimento necessário em física da radiodiagnóstico, incluindo proteção radiológica, e esteja homologado no Ministério da Saúde para tal fim.
- Competem às autoridades sanitárias dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o licenciamento dos serviços que empregam os raios-x diagnósticos, assim como a fiscalização.

5 – LOCAL E FORMA DE ENTREGA/EXECUÇÃO:

Os exames, objeto desta licitação, serão realizados de acordo com as solicitações da Secretaria de Saúde, na sede da empresa credenciada e mediante AUTORIZAÇÃO para a efetiva cobrança.

6 – CRONOGRAMA / PRAZO DE ENTREGA E VIGÊNCIA:

Condiciona-se a vigência em 12 (doze) meses em iguais e sucessivos períodos. Possibilitando renovação para metas, saldo financeiro e reajustes condicionados a mudanças na Tabela do Sistema Único de Saúde.

7– OBRIGAÇÕES:

DA CONTRATADA: DAS ESPECIFICAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS E DOS CRITÉRIOS DE APRESENTAÇÃO DOS LAUDOS RADIOGRÁFICOS.

A Contratada obriga-se a:

7.1 A execução dos serviços está condicionada a assinatura do contrato de credenciamento e o local de execução dos serviços será nas instalações da contratada e as condições de execução devem seguir as normas da Secretaria Municipal de Saúde;

- a) Disponibilizar as imagens dos exames realizados aos usuários do Sistema Único de Saúde.
- b) Obedecer às normas técnicas e éticas do Conselho Federal de Medicina, pertinentes à guarda, manuseio, transmissão, armazenamento de dados, confiabilidade, privacidade e garantia de sigilo profissional.
- c) Os serviços deverão ser prestados no Município de Francisco Beltrão – PR.

7.1.1 Do Laudo Radiográfico: Os serviços de diagnóstico por imagem devem atender aos critérios de qualidade para a leitura dos exames e a expedição dos laudos radiográficos, nos seguintes termos:

I – O laudo radiográfico deve conter as seguintes informações:

- a) Identificação do serviço, da idade do examinado e data do exame;
- b) Número nas imagens;
- c) Achados radiográficos;
- d) Nome e assinatura do médico interpretador do exame.

7.1.2 Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde informações quanto ao quadro profissional sempre que houver alteração. O CNES do profissional deverá estar atualizado pela credenciada.

7.1.3 Respeitar as normas de higiene e segurança. A contratada deverá fazer uso de materiais compatíveis com o avanço das ciências médicas e terapêuticas e com as necessidades do paciente. E respeitar as normas de higiene e segurança.

7.1.4 A contratada deverá atender o paciente com pontualidade e eficiência, garantindo sempre o bem-estar dos usuários do Sistema Único de Saúde.

- 7.1.5** Atender todos os usuários do Sistema Único de Saúde devidamente encaminhados sem distinção entre seus demais clientes, ficando vedada a criação de normas e rotinas especiais e internas para atendimento do usuário SUS que venham a implicar prejuízo ou discriminação nos atendimentos aos mesmos.
- 7.1.6** A contratada deverá atender os pacientes com dignidade, humanidade, urbanidade e respeito e de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde, em especial as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.
- 7.1.7** Manter sempre a boa qualidade na prestação dos serviços. Os exames denominados como prioritários deverão ser realizados de acordo com a urgência estabelecida pela Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.
- 7.1.8** A contratada deverá justificar, por escrito ao paciente, ou ao seu representante, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização do procedimento e/ou de qualquer ato previsto no contrato. A contratada responsabilizar-se-á por todos os gastos relativos aos insumos, que forem necessários para a perfeita execução do presente contrato.
- 7.1.9** Fornecimento de exames solicitados, laudados por médicos especialistas com entrega de no máximo 03 (três) dias a contar da data da realização do mesmo.
- 7.1.10** A contratada não poderá cobrar do paciente ou do seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos desse contrato.
- 7.1.11** Utilização de profissionais devidamente habilitados pelo Conselho Regional de classe correspondente. Deve ter estabelecida rotina de manutenção preventiva de equipamentos com devidos registros.
- 7.1.12** Sempre que houver interrupção da prestação do serviço, a contratada deverá remanejar e atender os pacientes em até 48 horas após o cancelamento do atendimento.
- 7.1.13** Todos os exames de radiologia deverão conter identificação do local de onde foi realizado, data, hora e dados do paciente (nome completo e data de nascimento).
- 7.1.14** Todos os exames realizados deverão ser acondicionados em embalagem própria devidamente identificada a serem entregues aos pacientes.
- 7.1.15** O fornecimento de materiais, insumos e equipamentos de proteção individual radiológica EPI na quantidade necessária que contemple o operador e o acompanhante caso seja necessário.
- 7.1.16** O agendamento dos exames no estabelecimento contratado deverá ser realizado, mediante apresentação de guia de autorização. Em caso de comprovada ineficiência da prestação do serviço contratado o prestador deverá apresentar a contratante no prazo máximo de 30 dias plano de adequação.
- 7.1.17** Quando solicitado data e horário pela Central de Agendamentos do Município, a Contratada deverá ser receptiva para a possibilidade de agendamento dos exames.
- 7.1.18** Integrar-se ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), bem como indicando pelo menos um profissional para ser treinado para a operacionalização desses sistemas. Utilizar o Sistema de Informações Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para apresentação da produção ambulatorial mensal, bem como utilizar sistema disponibilizado pela Secretaria de Saúde para o registro das informações necessárias ao faturamento mensal.
- 7.1.19** A contratada responderá única e exclusivamente pelas questões trabalhistas, previdenciárias, fiscais e todos os demais encargos decorrentes da contratação de pessoal para execução do objeto contratual, sendo que quaisquer ônus e obrigações não serão de forma alguma transferidos à Secretaria Municipal de Saúde.

- 7.1.20** A contratada, durante a execução do contrato, cumprirá com todas as obrigações previstas no instrumento contratual.
- 7.1.21** A contratada não poderá provocar qualquer impedimento com relação às vistorias técnicas que serão realizadas por equipe designada pela Secretaria de Saúde, quando necessário.
- 7.1.22** A contratada deverá encaminhar via sistema informatizado a produção ambulatorial mensal, à Secretaria Municipal da Saúde – Setor de Faturamento até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.
- 7.1.23** Havendo alterações na estrutura da empresa ou sociedade, a contratada deverá informar a Secretaria Municipal de Saúde, enviando cópias devidamente autenticadas da alteração do Contrato Social ou estatuto e atas de assembleia, devidamente registrada na Junta Comercial ou no Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, no prazo de 30 (trinta) dias.
- 7.1.24** A contratada deverá cumprir todas as obrigações de natureza fiscal que incidam ou venham incidir direta ou indiretamente sobre a execução do contrato, mantendo sempre atualizados, dentro do prazo de validade, as Certidões Negativas de Débitos junto as Fazendas Públicas Municipal, Estadual e Federal e do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, Alvará Sanitário e Alvará de Localização e Funcionamento.
- 7.1.25** A contratada responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto em razão da execução deste contrato. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.
- 7.1.26** A contratada ficará exonerada da responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo Sistema Único de Saúde na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias, no pagamento devido pela contratante, ressalvadas às situações de calamidade pública, grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

DO CONTRATANTE:

- 7.2.1** A Secretaria de Saúde disponibilizará módulo específico do programa de regulação de faturamento da empresa IDS para o processamento do faturamento dos prestadores credenciados de acordo com as normas exigidas pelo Ministério da Saúde.
- 7.2.2** Realizar visita técnica periódica às instalações da contratada, visando assegurar a manutenção das condições satisfatórias constadas por ocasião da contratação.
- 7.2.3** Atender usuários do SUS nas redes de Atenção Básica e Especializada, regular e encaminhar os mesmos para a rede complementar de atendimento quando os serviços próprios ofertados são insuficientes.
- 7.2.4** Efetuar o pagamento dos serviços após a conferência da documentação autorizada apresentação da Nota Fiscal devidamente apresentada.
- 7.2.5** Ao contratante reserva-se o direito de realizar estas auditorias prévia ou posteriormente ao pagamento e glosar a fatura apresentada, descontar nos futuros pagamentos todos os valores que estiverem em desacordo com o pactuado, ou em desacordo com as práticas médicas, efetuando glosas administrativas e/ou glosas técnicas.
- 7.2.6** Não se responsabilizar pelo pagamento das despesas de atendimento indevido, quando comprovado.
- 7.2.7** Revisar os serviços contratados, com objetivo de adequar os valores pactuados, a qualidade e quantidade na prestação do serviço.

8– ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS:

0204010000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CABECA E PESCOCO	Valor SUS	VALOR TOTAL (unitário)
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 25,14
0204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96	R\$ 20,88
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	R\$ 25,14
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	R\$ 20,64
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	R\$ 27,45
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	R\$ 22,56
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74	R\$ 17,22
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	R\$ 27,09
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	R\$ 21,60
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 25,14
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	R\$ 21,96
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	R\$ 21,60
020401019-5	SIALOGRAFIA INCLUINDO TODAS AS GLÂNDULAS	R\$ 48,85	R\$ 540,00
0204020000	EXAMES RADIOLOGICOS DA COLUNA VERTEBRAL		
0204020026	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE	R\$ 19,60	R\$ 250,00
0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	R\$ 24,99
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	R\$ 24,57
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	R\$ 30,87
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	R\$ 32,88
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 44,70
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88	R\$ 50,64
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 27,48
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 29,19
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58	R\$ 46,74
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	R\$ 23,40
0204030000	EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E MEDIASTINO		
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	R\$ 25,11
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 19,24	R\$ 57,72

0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	R\$ 23,94
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 8,73	R\$ 26,19
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 5,56	R\$ 16,68
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 14,32	R\$ 42,96
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	R\$ 36,06
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 28,50
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55	R\$ 19,65
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 20,64
02040400000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES		
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	R\$ 19,26
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 22,20
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	R\$ 22,20
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 22,20
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	R\$ 23,31
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	R\$ 22,20
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 17,70
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62	R\$ 16,86
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	R\$ 18,90
0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	R\$ 16,20
0204040116	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	R\$ 23,94
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	R\$ 20,73
020405XXXX	RADIOLOGIA ABDÔMEN/PELVE (BÁSICO)		
0204050022	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 680,00
0204050030	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 680,00
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	R\$ 32,19
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30	R\$ 45,90
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 21,51
020405XXXX	RADIOLOGIA ABDÔMEN/PELVE (INTERMEDIÁRIO)		
0204050014	CLISTER OPACO OU ENEMA OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76	R\$ 680,00
0204050057	FISTULOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 600,00
0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 830,00

0204050081	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 52,11	R\$ 600,00
0204050146	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO (REED)	R\$ 35,22	R\$ 600,00
0204050154	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO, ESTOMÂGO E DUODENO CONTRASTADO (ESOFAGOGRAMA/SERIOGRAFIA/SEED)	R\$ 47,59	R\$ 630,00
0204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 47,59	R\$ 590,00
0204050170	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11	R\$ 590,00
0204050189	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 57,40	R\$ 600,00
0204060000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES		
0204060036	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	R\$ 180,00
0204060044	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 18,68	R\$ 56,04
0204060052	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 18,68	R\$ 56,04
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	R\$ 23,31
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	R\$ 23,31
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	R\$ 19,50
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 23,31
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	R\$ 19,50
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 26,82
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 20,34
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+P) COM CARGA E APOIO MONOPODAL	R\$ 6,78	R\$ 55,62
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	R\$ 21,48
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	R\$ 27,87
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	R\$ 20,34
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 26,82
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES S/ CARGA E C/CARGA (AP)	R\$ 9,29	R\$ 300,00
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 9,29	R\$ 300,00
0204060010	FLEBOGRAFIA POR MEMBRO	R\$ 45,34	R\$ 520,00

VALOR TOTAL MÁXIMO ESTIMADO R\$ 900.000,00
(Novecentos mil reais)

9 – RECURSOS PARA CONTRATAÇÃO:

Os recursos financeiros para suportar a eficácia do presente objeto, serão atendidos por verbas oriundas da receita do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) Fonte 494 e Recursos Próprios Fonte 000.

10 – FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO:

A fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato, serão efetuados pelas Servidoras Carla Schroeder e Elaine D. A. Anghinoni, da Secretaria Municipal de Saúde, cujo CPF nº 036.577.889-30, telefone (46) 3520-2132 a fim de verificar a conformidade dele com as especificações técnicas dispostas no mesmo.

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 19/06/2023.
- Secretaria Municipal de Saúde
- Nome do elaborador deste Termo de Referência: Elaine Anghinoni e Carla Schroeder
- Telefone para Contato: (46) 3520-2131 e (46) 3520-2136.
- Anexos a este Termo encontram-se os documentos que deram base à solicitação.

12 – AUTORIZAÇÃO:

Francisco Beltrão, 19/06/2023

Manoel Brezolin
Secretário Municipal de Saúde

Antonio Carlos Bonetti
Secretário Mun. De Administração

Ivanir Tupi Prolo
Prefeito em Exercício

13 – ANEXOS:

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

ANEXO I – Tabela de Preços

0204010000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CABECA E PESCOCO	Valor SUS	Contrapartida	VALOR TOTAL (unitário)
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 25,14
0204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96	R\$ 13,92	R\$ 20,88
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	R\$16,76	R\$ 25,14
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	R\$13,76	R\$ 20,64
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	R\$ 18,30	R\$ 27,45
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	R\$ 15,04	R\$ 22,56
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74	R\$ 11,48	R\$ 17,22
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	R\$ 18,06	R\$ 27,09
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	R\$14,40	R\$ 21,60
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 25,14
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	R\$ 14,64	R\$ 21,96
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	R\$ 14,40	R\$ 21,60
020401019-5	SIALOGRAFIA INCLUINDO TODAS AS GLÂNDULAS	R\$ 48,85	R\$ 491,15	R\$ 540,00
0204020000	EXAMES RADIOLOGICOS DA COLUNA VERTEBRAL			
0204020026	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE	R\$ 19,60	R\$ 230,40	R\$ 250,00
0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	R\$ 16,66	R\$ 24,99
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	R\$ 16,38	R\$ 24,57
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	R\$ 20,58	R\$ 30,87
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	R\$ 21,92	R\$ 32,88
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 29,80	R\$ 44,70
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88	R\$ 33,76	R\$ 50,64
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 18,32	R\$ 27,48
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 19,46	R\$ 29,19

Assinado por 3 pessoas: MANOEL BREZOLIN, ANTONIO CARLOS BONETTI e CLEBER FONTANA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://franciscobeltrao.1doc.com.br/verificacao/04CE-8CE4-85B7-A14B> e informe o código 04CE-8CE4-85B7-A14B

0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58	R\$ 31,16	R\$ 46,74
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	R\$ 15,60	R\$ 23,40
0204030000	EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E MEDIASTINO			
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	R\$ 16,74	R\$ 25,11
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 19,24	R\$ 38,48	R\$ 57,72
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	R\$ 15,96	R\$ 23,94
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 8,73	R\$ 17,46	R\$ 26,19
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 5,56	R\$ 11,12	R\$ 16,68
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 14,32	R\$ 28,64	R\$ 42,96
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	R\$ 24,04	R\$ 36,06
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 19,00	R\$ 28,50
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55	R\$ 13,10	R\$ 19,65
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 13,76	R\$ 20,64
0204040000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES			
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	R\$ 12,84	R\$ 19,26
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 14,80	R\$ 22,20
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	R\$ 14,80	R\$ 22,20
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 14,80	R\$ 22,20
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	R\$ 15,54	R\$ 23,31
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	R\$ 14,80	R\$ 22,20
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 11,80	R\$ 17,70
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62	R\$ 11,24	R\$ 16,86
0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	R\$ 12,60	R\$ 18,90
0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	R\$ 10,20	R\$ 16,20
0204040116	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	R\$ 15,96	R\$ 23,94
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	R\$ 13,82	R\$ 20,73
020405XXXX	RADIOLOGIA ABDÔMEN/PELVE (BÁSICO)			
0204050022	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 647,39	R\$ 680,00
0204050030	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61	R\$ 647,39	R\$ 680,00
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	R\$ 21,46	R\$ 32,19
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30	R\$ 30,60	R\$ 45,90

0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 14,34	R\$ 21,51
020405XXXX	RADIOLOGIA ABDÔMEN/PELVE (INTERMEDIÁRIO)			
0204050014	CLISTER OPACO OU ENEMA OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76	R\$ 632,24	R\$ 680,00
0204050057	FISTULOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 554,66	R\$ 600,00
0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 784,66	R\$ 830,00
0204050081	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 52,11	R\$ 547,89	R\$ 600,00
0204050146	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO,ESTÔMAGO E DUODENO (REED)	R\$ 35,22	R\$ 564,78	R\$ 600,00
0204050154	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO, ESTOMÁGO E DUODENO CONTRASTADO (ESOFAGOGRAMA/SERIOGRAFIA/SEED)	R\$ 47,59	R\$ 582,41	R\$ 630,00
0204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 47,59	R\$ 542,41	R\$ 590,00
0204050170	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11	R\$ 537,89	R\$ 590,00
0204050189	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 57,40	R\$ 542,60	R\$ 600,00
0204060000	EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES			
0204060036	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	R\$ 172,23	R\$ 180,00
0204060044	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 18,68	R\$ 37,36	R\$ 56,04
0204060052	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 18,68	R\$ 37,36	R\$ 56,04
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	R\$ 15,54	R\$ 23,31
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	R\$ 15,54	R\$ 23,31
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	R\$ 13,00	R\$ 19,50
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 15,54	R\$ 23,31
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	R\$ 13,00	R\$ 19,50
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 17,88	R\$ 26,82
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 13,56	R\$ 20,34
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+P) COM CARGA E APOIO MONOPODAL	R\$ 6,78	R\$ 48,84	R\$ 55,62
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	R\$ 14,32	R\$ 21,48
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	R\$ 18,58	R\$ 27,87
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	R\$ 13,56	R\$ 20,34
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 17,88	R\$ 26,82
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES S/ CARGA E C/CARGA (AP)	R\$ 9,29	R\$ 290,71	R\$ 300,00
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 9,29	R\$ 290,71	R\$ 300,00
0204060010	FLEBOGRAFIA POR MEMBRO	R\$ 45,34	R\$ 474,66	R\$ 520,00



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 04CE-8CE4-85B7-A14B

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

- ✓ MANOEL BREZOLIN (CPF 279.XXX.XXX-20) em 20/06/2023 09:59:33 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ANTONIO CARLOS BONETTI (CPF 340.XXX.XXX-49) em 20/06/2023 13:59:19 (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 12/07/2023 09:52:30 (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/04CE-8CE4-85B7-A14B>