



**TERMO DE CONTRATO Nº 036/2019-SMS-1/CONTRATOS  
PREGÃO ELETRONICO Nº 342/SMS/2016**

**PROCESSO Nº:** 2015-0.124.329-9

**CONTRATANTE:** SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISA E ESTUDO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - FIDI

**OBJETO:** Contratação de empresa especializada para realização de exames de apoio diagnóstico por imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiograma e radiografia) incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para realização de exames e emissão/entrega de laudos tais como: mão de obra, insumos, fornecimento de vestes plumbíferas e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares disponibilizados para execução dos exames, nas unidades básicas de saúde (UBS), ambulatórios de especialidades (AE), centros de referência DST/AIDS (CR), hospitais municipais (HM), pronto socorros municipais (PSM) e assistência médica ambulatorial (AMA).

**VALOR TOTAL ESTIMADO:** R\$ 80.856.000,00 (oitenta milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil reais)

**NOTAS DE EMPENHO:**

52.987/2019 (Lote 1 - Região Norte e Região Centro-Oeste), no valor de 9.450.000,00

52.992/2019 (Lote 2 - Região Sul), no valor de R\$ 8.925.000,00

52.993/2019 (Lote 3 - Região Leste), no valor de R\$ 13.300.000,00

52.994/2019 (Lote 4 - Região Sudeste 1), no valor de R\$ 6.965.000,00

52.996/2019 (Lote 5 - Região Sudeste 2), no valor de R\$ 8.526.000,00

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:** 84.10.10.301.3003.2520.3350.3900.00  
84.10.10.301.3003.2520.3350.3900.02

Aos 01 dias do mês de Julho do ano **2019**, no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde - SMS, situado na Rua General Jardim, nº 36 - 3º Andar, Vila Buarque, São Paulo - SP, de um lado, a **PREFEITURA DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 13.864.377/0001-30, neste ato representada pelo Secretário Municipal da Saúde, **Sr. EDSON APARECIDO DOS SANTOS**, por força da delegação conferida pela Portaria nº 890/13-SMS.G, doravante designada



simplesmente **CONTRATANTE**, e, de outro lado, a empresa **FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISA E ESTUDO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - FIDI**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 55.401.178/0001-36, com sede na Avenida Paulista 1294 - Andar 21, Sala 01 - Bela Vista - São Paulo/SP, CEP 01310-915, telefone: (11) 5088-7900, vencedora e adjudicatária do **PREGÃO** suprarreferido, por seu representante legal, Senhor **ROBERTO GOMES NOGUEIRA**, inscrito no CPF sob nº 495.234.738-91, portador do RG nº 3.172.038, e Senhor **MARCOS HIDEKI IDAGAWA**, inscrito no CPF sob nº 128.385.838-08, portador do RG nº 24.348.940, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, em face do despacho autorizatório exarado às fls. 2256 e 2257 do processo em epígrafe, publicado no DOC/SP de 20/12/2016, página 83, revogado parcialmente através do despacho exarado às fls. 2462, publicado no DOC/SP de 04/06/2019 - pág. 103, resolvem firmar o presente contrato, objetivando a prestação de serviços discriminados na Cláusula Primeira, que serão executados na conformidade das Cláusulas abaixo enunciadas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

- 1.1 O presente contrato tem por objeto a contratação de empresa especializada para realização de exames de apoio diagnóstico por imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiograma e radiografia) incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para realização de exames e emissão/entrega de laudos tais como: mão de obra, equipamentos de imagem, insumos, fornecimento de vestes plumbíferas, e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares disponibilizados para execução dos exames, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios de Especialidades (AE), Centros de Referência DST/AIDS (CR), Hospitais Municipais (HM), Pronto Socorros Municipais (PSM) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), conforme especificado no **ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**, que é parte integrante do presente instrumento.
- 1.2 As especificações referentes às normas e rotinas da execução contratual encontram-se no **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM**, que define as responsabilidades e fluxos administrativos a serem adotados com a finalidade de garantir o correto registro de informações e embasar a prestação de contas e pagamentos oriundos do contrato de prestação de serviços de exames de imagem.
- 1.3 O detalhamento dos **05 (cinco) lotes propostos**, com os nomes, endereços, CNES e telefones das unidades de saúde está no **ANEXO II: RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO**.





- 1.4 Os serviços objeto deste contrato obedecerão aos quantitativos físicos estimados, conforme **ANEXO III - ESTIMATIVA MENSAL FÍSICA E FINANCEIRA DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR LOTE**, cujo resumo segue nas tabelas abaixo:

**Tabela 1:** Distribuição do volume de exames contratados por Lote por mês.

TIPO DE EXAME	LOTE 1	LOTE 2	LOTE 3	LOTE 4	LOTE 5	TOTAL
DENSITOMETRIA	300	0	0	0	0	300
MAMOGRAFIA	5.922	3.456	2.640	967	1.730	14.715
RADIOGRAFIA	16.061	12.200	30.815	20.900	20.300	100.276
RESSONÂNCIA	0	1.000	950	0	0	1.950
TOMOGRAFIA	0	2.400	2.430	900	2.400	8.130
ULTRASSONOGRAFIA	9.740	8.688	9.680	3.739	5.866	37.713
ECOCARDIOGRAFIA	300	0	130	40	0	470
<b>TOTAL</b>	<b>32.323</b>	<b>27.744</b>	<b>46.645</b>	<b>26.546</b>	<b>30.296</b>	<b>163.554</b>

**Tabela 2:** Distribuição do volume de exames em ambiente hospitalar (24h) e ambulatorial.

TIPO DE EXAME	LOTE 1		LOTE 2		LOTE 3		LOTE 4		LOTE 5	
	AMB	HOSP (24H)	AMB	HOSP (24H)	AMB	HOSP (24H)	AMB	HOSP (24H)	AMB	HOSP (24H)
DENSITOMETRIA	300	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAMOGRAFIA	5.922	0	3.456	0	2.640	0	967	0	1.730	0
RADIOGRAFIA	2.420	13.641	2.200	10.000	2.315	28.500	2.800	17.500	3.400	16.900
RESSONÂNCIA	0	0	0	1.000	0	950	0	0	0	0
TOMOGRAFIA	0	0	0	2.400	0	2.430	0	900	0	2.400
ULTRASSONOGRAFIA	5.220	4.045	2.640	6.048	4.000	5.680	1.900	3.039	2.700	3.166
ECOCARDIOGRAFIA	300	0			130					
<b>TOTAL</b>	<b>14.162</b>	<b>17.686</b>	<b>8.296</b>	<b>19.448</b>	<b>9.085</b>	<b>37.560</b>	<b>5.667</b>	<b>21.439</b>	<b>7.830</b>	<b>22.466</b>

- 1.5 O quantitativo mensal estimado poderá oscilar devido à sazonalidade na demanda por exames e necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, devendo não ultrapassar o valor financeiro estimado anual.
- 1.5.1 Em razão da possibilidade de oscilação da demanda dos serviços ora contratados e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e as necessidades da **CONTRATANTE**, os quantitativos poderão sofrer acréscimos ou decréscimos até o limite de 25% (vinte e cinco por cento), do valor total contratado mediante justificativas da **CONTRATANTE**, e por meio de aditamento contratual, de acordo com o disposto no art. 65 da Lei Federal nº. 8.666/93.

## CLÁUSULA SEGUNDA - DO INÍCIO DOS SERVIÇOS

- 2.1 Os serviços deverão ser iniciados a partir da data fixada na Ordem de Início dos Serviços.

*[Handwritten signatures]*





- 2.1.1 A Ordem de Início dos Serviços será dada pela **Secretaria Municipal de Saúde**, por escrito e anexada ao processo administrativo da contratação, com a ciência da **CONTRATADA**.
- 2.1.2 O prazo para que a **CONTRATADA** receba a Ordem de Início dos Serviços **será de no máximo 30 (trinta) dias** após a assinatura do contrato, mediante:
- 2.1.2.1 Apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão por unidade de saúde;
- 2.1.2.2 Apresentação do Cronograma de manutenção preventiva;
- 2.1.2.3 Apresentação da listagem de funcionários que prestarão serviços nas unidades da SMS:
- 2.1.2.3.1 Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social dos funcionários elencados, inclusive do RT.
- 2.1.2.3.2 Cópia da inscrição dos profissionais elencados no respectivo conselho de classe.
- 2.1.2.4 Instalação dos Equipamentos Médico-Hospitalares previstos no **ANEXO V**;
- 2.1.2.5 Cópia do Contrato de dosimetria para os funcionários da contratada.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 3.1. Os serviços serão prestados nas Unidades de Saúde da SMS, em local definido e autorizado por meio de Termo de cessão de uso, discriminados no **ANEXO II - RELAÇÃO DAS UNIDADES RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**, que é parte integrante do presente contrato, cabendo à **CONTRATANTE**, com relação ao espaço cedido, realizar a conservação dos ambientes, inclusive sua comunicação visual e luzes externas de sinalização vermelha de alerta de disparo dos Raios X.
- 3.2. A responsabilidade pela execução dos serviços é da **CONTRATADA**, sob a responsabilidade técnica de funcionário a ser indicado pela empresa, apresentando cópia do RG, do Registro no Conselho Regional de Medicina e do Registro de Qualificação de Especialista, devendo ser comunicado imediatamente a **CONTRATANTE**, qualquer alteração do responsável técnico.
- 3.3. Novas Unidades de Saúde que venham ser criadas pela **CONTRATANTE** incorporar-se-ão ao **ANEXO II - RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**, através de Termo de Aditivo contratual.
- 3.4. A **CONTRATADA** poderá instalar e manter, desde que às suas expensas, equipamentos necessários à execução dos serviços em locais determinados e autorizados pela **CONTRATANTE**.





**CLÁUSULA QUARTA - DA AUTORIZAÇÃO DE USO DOS BENS**

4.1 A **CONTRATANTE** autoriza o uso das instalações de sua propriedade nas UBS, AE, CR, HM, PSM e AMA listadas no **ANEXO II: RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO** para a realização dos serviços contratados.

4.1.1 É de responsabilidade da **CONTRATADA**, a conservação dos ambientes da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** disponibilizadas e utilizadas para a execução dos serviços tratados no objeto do presente.

4.1.1.1 Caberá a **CONTRATADA** a conservação dos ambientes e dos mobiliários e/ou equipamentos nele instalados assim como, todos os custos necessários para a adaptação para o uso.

4.1.1.2 As benfeitorias realizadas pela **CONTRATADA** nas instalações das Unidades de Saúde serão incorporadas, sem ônus, ao patrimônio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** ao final da vigência da prestação do serviço.

4.2 Os equipamentos e funcionários não serão compartilhados entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** para a execução de serviços distintos do objeto descrito neste contrato.

4.3 A **CONTRATANTE** se compromete a ceder à **CONTRATADA** os equipamentos constantes no **ANEXO IV - EQUIPAMENTOS DE IMAGENS PRÓPRIOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM DISPONIBILIZADOS PELA CONTRATANTE** - deste contrato em perfeitas condições de uso, sendo que qualquer tipo de manutenção corretiva necessária, previamente ao início dos serviços pela **CONTRATADA**, será custeada a expensas da **CONTRATANTE**.

**CLAUSULA QUINTA - DOS RECURSOS HUMANOS**

5.1 As ações e serviços contratados serão prestados diretamente por profissionais da **CONTRATADA**, devidamente habilitados para execução dos serviços contratados e que atendam todas as necessidades técnicas para a consecução dos exames, desde que de acordo com as condições estabelecidas e aprovadas pela **CONTRATANTE**, conforme as diretrizes do **ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**, que é parte integrante do presente contrato.

5.2 Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais da **CONTRATADA**:

5.2.1 Membro do seu corpo clínico e de profissionais;

5.2.2 Profissional que tenha vínculo de emprego;

5.2.3 Profissional especialista médico que, eventual ou permanentemente, lhe preste serviços;





5.2.4 Profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3, é autorizado pela **CONTRATADA** a prestar serviços em suas instalações.

5.3 É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE**.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA PRERROGATIVA DA CONTRATANTE**

6.1 Sem prejuízo do acompanhamento, fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 e submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

7.1 Implantar de forma adequada a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de forma a obter uma operação correta e eficaz, realizando os serviços de forma meticulosa e constante.

7.2 Realizar exames de ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiografia e radiografia, nos volumes estimados no **ANEXO III: ESTIMATIVA MENSAL FÍSICA E FINANCEIRA DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR LOTE**.

7.2.1 A realização dos exames se dará mediante solicitação dos profissionais das Unidades da Rede de Atenção à Saúde (ambulatoriais e hospitalares) da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS/PMSP, por meio da guia "SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA" - SADT ou de solicitação de AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC/SIGA-Saúde, devidamente preenchidas, assinadas e carimbadas pelo profissional solicitante.

7.2.1.1 A **CONTRATADA** deverá seguir as diretrizes estabelecidas nos protocolos vigentes na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no que tange à solicitação de exames de imagem por profissionais não médicos.

7.3 Disponibilizar os laudos e resultados dos exames por meio impresso e eletrônico quando viável mediante configuração do equipamento,





obrigatoriamente acompanhado da documentação em filme radiográfico para radiografia, tomografia e ressonância magnética e documentação fotográfica para exames de ultrassonografias.

7.3.1 A emissão de laudos se dará quando couber ou quando solicitado pelo médico assistente

7.3.2 Para os laudos que forem disponibilizados por meio eletrônico, a empresa deverá disponibilizar link e cadastramento dos profissionais autorizados a acessar laudos e/ou imagens online, independente do documento físico, este obrigatório para todos os exames.

7.3.3 Nos casos de imagens transmitidas online, o sistema da contratada deve garantir:

7.3.3.1 Registro da empresa e do produto na ANVISA;

7.3.3.2 Imagem sem perda na qualidade diagnóstica;

7.3.3.3 Integração com o sistema de gestão hospitalar (integração HIS/PACS);

7.3.3.4 Imagens em formato DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine).

7.3.4 Para imagens e/ ou laudos transmitidos on-line deverá ser observado o disposto na RESOLUÇÃO Nº 2.107, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014, do Conselho Federal de Medicina.

7.3.5 Será permitida a substituição do filme pelo papel couchê, desde que acompanhado da imagem digital original do exame, em mídia física (CD).

7.4 Disponibilizar os laudos dos exames realizados, bem como toda a documentação, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis quando classificados como Eletivos. Para os exames realizados em caráter de Urgência e/ou por requisição dos profissionais da SMS/PMSP, os laudos deverão estar disponíveis em até 24 (vinte quatro) horas, sendo que as imagens deverão ser disponibilizadas de imediato;

7.5 À medida que o Prontuário eletrônico do Paciente (PEP) for incorporado nos estabelecimentos de saúde, os arquivos digitais dos exames de imagem deverão ser disponibilizados em formato compatível com o sistema utilizado.

7.6 Disponibilizar recursos humanos devidamente habilitados para execução dos serviços contratados, em pacientes adultos, idosos e pediátrico/RN, de acordo com as diretrizes previstas no Termo de Referência (incluindo todos os profissionais médicos, de enfermagem, técnicos e administrativos necessários para a recepção, realização, entrega do laudo e faturamento dos exames realizados).

7.6.1 Prestar o serviço com equipe técnica especializada nas atividades de realização dos exames de diagnóstico por imagem, procedendo à realização dos exames e cumprindo rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e





- fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se em todos os aspectos, sem exceção de qualquer modalidade.
- 7.6.2 Os médicos que executam os exames ou emitem os laudos deverão ter formação compatível com a modalidade de exame a ser realizada conforme Resolução CFM nº 2116/2015.
- 7.6.3 Disponibilizar profissional habilitado (anestesista) para realização de exames com sedação nos serviços que realizam tomografia computadorizada e ressonância magnética, mediante agendamento e de acordo com a demanda.
- 7.6.4 Disponibilizar profissionais habilitados para realização de exames com infusão de contraste quando solicitado ou indicado.
- 7.6.5 Disponibilizar, no início da execução dos serviços, relação nominal com todos os profissionais que estarão prestando serviços, por estabelecimento de saúde que deverá ser atualizada sempre que houver alteração no quadro de empregados, responsabilizando-se por todos os prejuízos que esses possam ocasionar no desempenho de suas atribuições;
- 7.6.6 Garantir a não paralisação do serviço por falta de recursos humanos providenciando a substituição de funcionários em casos de faltas (em até três horas nos serviços de urgência), férias, licenças médicas, e outras causas que impliquem em redução da equipe prevista como necessária a prestação dos serviços.
- 7.6.7 Manter seus funcionários devidamente uniformizados, com crachás de identificação e providos de todos os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.
- 7.6.8 Cumprir, obrigatoriamente, as normas legais vigentes de segurança e medicina do trabalho.
- 7.6.9 Responsabilizar-se pela contratação, capacitação, treinamento de todos os profissionais necessários à prestação dos serviços contratados.
- 7.6.10 Atender em no máximo 48 (quarenta e oito) horas a solicitação de substituição de qualquer profissional ou preposto, feita pelo Gestor Técnico do Contrato, após a devida notificação.
- 7.6.11 A solicitação do gerente local deverá ser encaminhada ao GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO e deverá ser motivada, com apresentação das situações de fato que justifiquem o pedido.
- 7.6.12 Será garantido o contraditório à CONTRATADA para apresentação de Defesa, justificativa ou proposta alternativa de solução do problema apontado.
- 7.6.13 O prazo previsto no *caput* é contado a partir da notificação da **CONTRATADA** pelo GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO referente à decisão final da Administração.
- 7.7 Fornecer todos os insumos médico hospitalares e administrativos necessários à realização dos exames e emissão de laudos.







- 7.7.1 Garantir a não paralisação do serviço por falta de insumos (médicos e administrativos).
- 7.7.2 Todo insumo necessário à prestação de serviço, disponibilizado pela **CONTRATADA** deverá atender a normatização da ANVISA e ABNT.
- 7.8 Disponibilizar, sem ônus à SMS, equipamentos necessários à plena e contínua execução dos serviços, listados no **ANEXO V: LISTA DE EQUIPAMENTOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM ALOCADOS PELA CONTRATADA.**
- 7.8.1 Todo equipamento necessário à prestação de serviço, disponibilizado pela **CONTRATADA** deverá atender a regularização da ANVISA e normas ABNT.
- 7.8.2 Os equipamentos deverão ser de primeira linha, e compatíveis com o tipo e volume de exames contratados, novos ou com até dois anos de uso.
- 7.8.3 Todos os equipamentos ferramentas e utensílios de sua propriedade deverão estar identificados, de forma a não serem confundidos com os equipamentos similares de propriedade da SMS.
- 7.9 Garantir manutenção **PREVENTIVA** e **CORRETIVA** de todos os bens móveis e equipamentos de propriedade da **CONTRATANTE** colocados à disposição da prestação do serviço (equipamentos médico hospitalares, equipamentos de ar condicionado, exaustores, mobiliário, comunicação visual, placas de sinalização de emissão radiológica, luzes externas de sinalização vermelha de alerta de disparo das radiografias, equipamentos de informática e todos aqueles disponibilizados nas salas de exames à contratada), bem como dos novos equipamentos alocados pela **CONTRATADA**, com reposição de peças e insumos necessários à manutenção e em conformidade com o definido no **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.**
- 7.9.1 Apresentar Cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos colocados à disposição para prestação de serviços e dos equipamentos próprios ou locados, com antecedência que permita a programação das agendas sem comprometer a realização dos exames.
- 7.9.2 Providenciar laudos radiométricos dos equipamentos e instalações físicas com a periodicidade prevista na legislação, com apresentação de cópias para arquivo no estabelecimento de saúde onde os serviços serão executados.
- 7.9.3 O controle e acompanhamento *in loco* dos serviços de manutenção preventiva e corretiva é de responsabilidade do fiscal local do contrato da Unidade de Saúde.
- 7.9.4 A **CONTRATADA** terá o prazo de até três horas para atender ao chamado de manutenção corretiva.
- 7.9.5 A manutenção corretiva, que não requeira aquisição de peças, deverá ser realizada em até 72 horas. Ultrapassado este prazo os





equipamentos passíveis de deslocamento (aparelho de radiografia, ultrassonografia e mamografia) deverão ser substituídos por outros equipamentos em perfeito estado de funcionamento.

- 7.9.5.1 Casos de manutenção corretiva com substituição de peças terão como prazo máximo 15 dias corridos após a emissão da autorização de compra da peça. Ultrapassado este prazo deverão ser justificados pela **CONTRATADA** e caberá à mesma providenciar alternativas para a realização dos exames previstos, sem que haja descontinuidade da assistência.
- 7.9.6 Deverá ser emitido laudo técnico para baixa patrimonial dos equipamentos cuja manutenção for inviável por ultrapassar o valor de 70% do valor do mesmo item novo ou de outro equivalente.
- 7.9.7 A **CONTRATADA**, se julgar pertinente, poderá substituir os equipamentos colocados à disposição para uso, com as seguintes condicionalidades:
- 7.9.7.1 O valor desta substituição não deverá onerar o custeio do contrato, uma vez que esta decisão é da **CONTRATADA** e há disponibilização de equipamentos próprios da SMS;
- 7.9.7.2 Os equipamentos disponibilizados deverão ser de tecnologia equivalente ou superior;
- 7.9.7.3 Ao término do contrato o equipamento de propriedade da SMS deverá ser reinstalado nas mesmas condições que fora disponibilizado para uso.
- 7.10 Realizar as adaptações estruturais e prediais necessárias para garantir a instalação e pleno funcionamento das atividades contratadas, incluindo climatização adequada ao funcionamento dos equipamentos.
- 7.10.1 As benfeitorias realizadas pela contratada nas instalações das unidades de saúde serão incorporadas, sem ônus, ao patrimônio da Secretaria Municipal de Saúde ao final da vigência da prestação de serviços.
- 7.11 Disponibilizar aos seus funcionários serviço de dosimetria, com apresentação de cópias dos relatórios mensais para arquivo no estabelecimento de Saúde onde os serviços serão executados.
- 7.12 Disponibilizar vestes plumbíferas e protetores de tireoide para equipe do Centro Cirúrgico quando da realização de radiografia ou escopia durante o procedimento cirúrgico e vestes plumbíferas para proteção de pacientes durante realização de exames.
- 7.13 Obedecer às demandas e diretrizes da **CONTRATANTE** ao disponibilizar as agendas das vagas para realização dos exames eletivos por intermédio do sistema SIGA-SAÚDE da SMS/PMSP conforme estabelecido na Portaria





- 349/2015 SMS.G, ou outra que venha a substituí-la, para realização dos exames.
- 7.13.1 O volume dos subtipos de exames ofertados dentro de cada modalidade deverá ser estabelecido pela regulação regional.
- 7.13.2 A oferta de exames com sedação deverá ser estabelecida pela central de regulação regional.
- 7.13.3 Todas as agendas deverão ser submetidas à aprovação do fiscal local do contrato.
- 7.13.4 Para a modalidade de ultrassonografia a contratada deverá garantir minimamente 10% da oferta para exames com doppler, exceto em situações de baixa demanda, comprovadas pela central de regulação regional.
- 7.13.5 Para a modalidade de radiografia, deverão ser ofertados exames contrastados de acordo com a necessidade apontada pela central de regulação regional.
- 7.13.6 As disposições anteriores não se aplicam às solicitações de exames em caráter de urgência e emergência.
- 7.14 Disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o horário de funcionamento das unidades para as modalidades de exames em caráter de urgência e emergência, de acordo com as especificações do item 7.15, abaixo.
- 7.15 Disponibilizar equipes suficientes para atender todo o volume de exames contratados durante o horário de funcionamento disponível das unidades para as modalidades de exames em regime ambulatorial eletivo, de acordo com as especificações do item 7.15, abaixo:
- 7.15.1 **Hospital Cachoeirinha:**
- 7.15.1.1 Mamografia: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.
- 7.15.1.2 Densitometria: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.
- 7.15.1.3 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência (PS Obstétrico) e de pacientes da internação (enfermarias, UTI, pré-parto, casa da gestante e unidade neonatal).
- 7.15.1.3.1 Os exames que serão realizados no setor de neonatologia deverão ser realizados por profissional habilitado para ultrassom na área de pediatria/neonatologia, que deverá comparecer ao hospital para realização dos exames, no mínimo, 2x por semana por 2 horas.





7.15.1.4 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

7.15.1.5 Ecocardiografia: regime ambulatorial eletivo e atendimento da demanda de pacientes internados; deverá disponibilizar agenda minimamente 2x de 4h por semana.

**7.15.2 Hospital Pirituba Dr. José Soares Hungria:**




7.15.2.1 Ultrassonografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com horário de atendimento de domingo a sábado, das 7 às 9 horas (primeiro horário da manhã), ressaltando que os exames solicitados em caráter de urgência deverão ser realizados por meio de encaixe na agenda ambulatorial (AE Pirituba, que fica localizado no mesmo prédio). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito por solicitação médica. Aos finais de semana, ponto facultativo e feriados (das 7 às 9h) deverão ser disponibilizados plantões à distância.

7.15.2.2 Radiografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; em horário ininterrupto (24 horas de domingo a sábado). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica. Exames com laudo serão atendidos, de segunda a sexta-feira das 13:00h as 16:00h, mediante agendamento quando as 02 salas de Radiografia estiverem operantes

7.15.2.3 Ecocardiografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com dois períodos de 2h por semana, preferencialmente às terças e sextas-feiras. Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica.

**7.15.3 Hospital Municipal Prof. Mario Degni (Jardim Sarah):**

7.15.3.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta feira, das 7h às 19h, e aos sábados e domingos, das 7 às 13h com plantões à distância. A agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência (PS Obstétrico) e de pacientes da internação: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pré-Parto, Alojamento Conjunto, UTI adulto e Unidade Neonatal, além de pacientes oriundos da Unidade Básica de Saúde da região. Lembrando ainda que o Hospital Mário Degni é uma maternidade de alto risco (com ambulatório de gestação de alto risco), portanto, com





necessidade em se realizar exames de USG Doppler obstétrico e USG obstétrico morfológico, o que demandará profissionais especializados para realizarem tais exames.

7.15.3.2 Radiografia: deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; em horário ininterrupto (24 horas de domingo a domingo). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica. Exames provenientes das UBS da região serão atendidos de segunda a sexta-feira, das 7 às 19hs em regime de livre demanda.

7.15.3.3 Ecocardiografia: o atendimento deverá ocorrer em 02 períodos da semana de 04h, com oferta de vagas para pacientes externos (da rede assistencial ambulatorial) e internos (do Hospital). Um dos períodos será destinado ao atendimento de pacientes adultos e o outro a pacientes pediátrico/neonatal e fetal.

#### **7.15.4 Hospital Municipal Campo Limpo:**

7.15.4.1 Ultrassonografia: SALA 01: Deverá abranger pacientes em atendimento no pronto socorro (URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS) e pacientes internados com atendimento 24 horas por dia, de domingo a sábado. SALA 02: Regime ambulatorial de segunda a sexta das 07h às 19h.

7.15.4.2 Mamografia: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.

7.15.4.3 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h) e disponibilizar equipes para atender a demanda no leito.

7.15.4.4 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

7.15.4.5 Ressonância Magnética: Pacientes internados e ambulatoriais eletivos VIA REGULAÇÃO, com atendimento 24h.

#### **7.15.5 Hospital Municipal Waldomiro de Paula:**

7.15.5.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da

*[Handwritten signatures]*





internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.

7.15.5.2 Ecocardiografia: o atendimento deverá ocorrer em 02 períodos de 4h por semana, com oferta de vagas para pacientes externos (da rede assistencial ambulatorial) e internos (do Hospital), preferencialmente às segundas e quartas-feiras.

7.15.5.3 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

7.15.5.4 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**7.15.6 Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto – Ermelino Matarazzo:**

7.15.6.1 Ultrassonografia: regime de urgência/emergência e casos ambulatoriais destinados à rede, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda de segunda a sábado das 07:00h as 19:00h e aos domingos das 7h às 19h por plantão à distância.

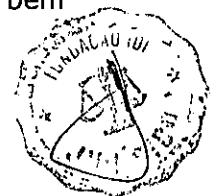
7.15.6.2 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h)

7.15.6.3 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

7.15.6.4 Ressonância Magnética: Pacientes internados e ambulatoriais eletivos VIA REGULAÇÃO, com atendimento 24h.

**7.15.7 Hospital Municipal Tide Setubal:**

7.15.7.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.





7.15.7.2 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

7.15.7.3 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**7.15.8 Hospital Municipal Alexandre Zaio:**

7.15.8.1 Ultrassonografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com horário de atendimento de segunda a sexta das 7:00h às 13:00h. Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica.

7.15.8.2 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

**7.15.9 Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya:**

7.15.9.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.

7.15.9.2 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h). O atendimento aos pacientes em regime ambulatorial provenientes da rede assistencial se dará de segunda a sexta feira das 7 às 19h.

7.15.9.3 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**7.15.10 Hospital Municipal Benedito Montenegro:**

7.15.10.1 Ultrassonografia: as agendas deverão ser disponibilizadas minimamente 03x por semana, em períodos de 06 horas. Deverá contemplar a realização de todos os subtipos de ultrassonografia nos 03 dias.





- 7.15.10.2 Ecocardiografia: as agendas deverão ser disponibilizadas minimamente 02x por semana em períodos de 4h, no período necessário para atender toda a demanda gerada nos dias onde não há equipe disponível.
- 7.15.10.3 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

**7.15.11 Hospital Municipal Tatuapé:**

- 7.15.11.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação, bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.
- 7.15.11.2 Mamografia: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.
- 7.15.11.3 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).
- 7.15.11.4 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**7.15.12 Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouveia:**

- 7.15.12.1 Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00, e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.
- 7.15.12.2 Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h). O atendimento aos pacientes em regime ambulatorial provenientes da rede assistencial se dará de segunda a sexta feira das 7 às 19h.
- 7.15.12.3 Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda







durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

- 7.15.13 **Unidades de Pronto Atendimento isoladas (PS e UPA):** regime exclusivo de urgência e emergência, a empresa deverá disponibilizar equipes para atender toda a demanda durante as 24h de funcionamento das unidades.
- 7.15.14 **Unidades Ambulatoriais (AE, UBS, HD Rede Hora Certa e CRS DST AIDS):** regime ambulatorial eletivo, as agendas podem ser configuradas de forma a atender ao volume dos exames contratados de acordo com o horário de funcionamento das unidades e estrutura disponibilizada pelo gestor local.
- 7.15.15 O prazo para atendimento dos chamados de plantões à distância será de 03 horas. Serão acionados plantões à distância somente em casos de emergência hospitalares.

7.16. Obedecer à padronização estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para todos os impressos inerentes ao serviço e/ou entregues aos pacientes, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pela SMS-SP. O padrão de identidade para impressos pode ser consultado no seguinte arquivo: <https://drive.google.com/folderview?id=0Bzl93mDUGsAba01wRzRsaGtIQ0U&usp=sharing>

7.17. Gerenciar e providenciar o descarte dos resíduos provenientes das atividades relativas à prestação de serviço, de acordo com Grupos Resíduos, nos termos da Resolução RDC ANVISA Nº 306/04 e Resolução CONAMA Nº 358/05, ou outra norma que venha a substituí-las.

7.18. Apresentar relatório mensal de produção para fim de pagamento, acompanhado de outros documentos necessários ao controle dos serviços por parte da SMS, conforme **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.**

7.18.1. Será responsável por apresentar a produção dos serviços executados pela mesma em benefício a **CONTRATANTE**, mensalmente e nos prazos estipulados pela **CONTRATANTE**, obedecendo aos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e por meio de Boletim de Produção Ambulatorial/BPA (consolidado ou individual), em meio magnético/digital, e de acordo com os códigos dos procedimentos da TABELA SUS e da Ficha de Programação Orçamentária Financeira/FPO, que alimentará os Sistemas de Informação Ambulatorial SIA/SUS e Hospitalar SIH/SUS da **CONTRATANTE**, e tramitará os dados para validações pelos sistemas oficiais do DATASUS vigentes, cuja gestão é da **CONTRATANTE.**

CONTRATANTE

SIGA

Handwritten signatures and initials





- 7.18.2. Deverá haver compatibilidade entre os dados apresentados no relatório de produção e os informados nos sistemas oficiais (SIA e SIHD).
- 7.18.3. Semestralmente a SMS fará a conciliação das informações prestadas por meio dos relatórios mensais de produção para fim de pagamento e daquelas informadas nos sistemas oficiais, depois de convalidadas.
- 7.19. Apresentar relatório mensal indicando o índice de exames normais/alterados para todos os exames realizados, por unidade solicitante, profissional solicitante, por unidade executante, por tipo de exame, sexo e idade dos pacientes. Fórmula =  $(n^{\circ} \text{ de exames c/ resultado sem alterações} / \text{total de exames realizados}) \times 100$ .
- 7.20. Manter banco de dados contendo todas as imagens e laudos dos exames e procedimentos realizados pelo período de 20 anos conforme CONSULTA CFM Nº 4.728/08 – PARECER CFM Nº 10/09.
- 7.20.1. Disponibilizar uma cópia da base de dados (laudos e imagens) com todas as informações dos exames realizados a qualquer momento, mediante solicitação da SMS/PMSP.
- 7.20.2. Disponibilizar na íntegra o banco de dados à SMS em formato digital ao término do contrato.
- 7.21. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, junto a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS/PMSP; comunicando à gerência local qualquer alteração de seu quadro de pessoal.
- 7.22. Manter a supervisão de todos os exames de Imagem por médico com Título de Especialista Colégio Brasileiro de Radiologia.
- 7.22.1. Indicar o Responsável Técnico de acordo com a Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Lei Municipal nº 13.725 de 09/01/04 ou outra que vier substituí-la e comunicar qualquer alteração.
- 7.22.2. Atender à Portaria nº 2755 / 2012 – SMS.G/SP disciplina os procedimentos necessários à inscrição de estabelecimentos e equipamentos de interesse da Saúde no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS, bem como, a alteração e atualização dos dados constantes no referido Cadastro e PORTARIA Nº 2530/2014-SMS.G/SP que re-ratifica o ANEXO I da Portaria 2755 / 2012 - SMS.G de 15 de dezembro de 2012.
- 7.23. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.
- 7.24. Esclarecer pacientes e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.





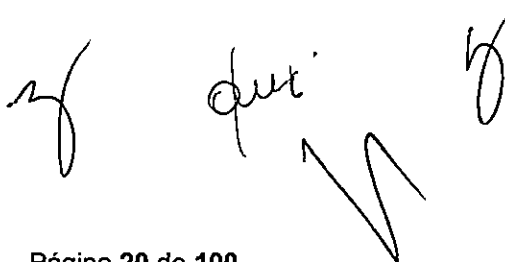
- 7.25. Responsabilizar-se pelos danos causados a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados.
- 7.26. Responsabilizar-se por todas as despesas necessárias à reparação de danos ou prejuízos impostos a SMS e/ou a terceiros, resultantes de atos ou omissões dos seus empregados quando no desempenho das atividades contratadas.
- 7.27. Notificar a **CONTRATANTE** de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de sessenta (60) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos registrados junto a JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ.
- 7.28. Deverá manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- 7.29. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços, vedada a cobrança, do paciente ou seu acompanhante, de qualquer complementação de valores pagos pelos serviços prestados;
- 7.30. Respeitar as rotinas e normas gerais dos Departamentos Hospitalares e Unidades de Saúde da **CONTRATANTE**;
- 7.31. Manter o funcionamento da estrutura necessária, para a realização dos exames durante o funcionamento de cada unidade.
- 7.32. Efetuar a entrega dos laudos dos exames ao usuário em envelope identificado, contendo obrigatoriamente:
- 7.32.1. Dados de identificação do paciente,
  - 7.32.2. Logomarca da Prefeitura de São Paulo,
  - 7.32.3. Logomarca da Secretaria Municipal de Saúde,
  - 7.32.4. Logomarca do Sistema Único de Saúde,
  - 7.32.5. Documentação em filme ou impressa,
  - 7.32.6. Laudo descrito.
- 7.33. Para executar as estimativas de volume previstas na Cláusula 1.5 a **CONTRATADA** deverá disponibilizar os equipamentos médico hospitalares constantes do **ANEXO V: LISTA DE EQUIPAMENTOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM ALOCADOS PELA CONTRATADA**.
- 7.34. Fornecer e atualizar, regularmente, o cadastro de seus profissionais à **CONTRATANTE**.



- 7.35. Deverá a **CONTRATADA** atender prontamente todas as recomendações da **CONTRATANTE**, que visem à regular execução do presente Contrato.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 8.1 Emitir a Ordem de Início dos Serviços contratados.
- 8.2 Realizar a manutenção da estrutura física (predial), fornecimento de água e energia elétrica nos espaços cedidos para a realização dos exames.
- 8.3 Realizar a manutenção corretiva daqueles equipamentos que, na ocasião da vistoria prévia ao processo de licitação, forem identificados sem condição de uso, estando avariados, quebrados ou com necessidades de reparos.
- 8.4 Permitir o acesso de funcionários da contratada nas instalações das unidades de saúde relacionadas no **ANEXO II - RELAÇÃO DAS UNIDADES**, devidamente identificados de acordo com a escala de serviços da **CONTRATADA**.
- 8.5 Efetuar o pagamento dos serviços executados pela **CONTRATADA** nas condições previstas no presente contrato.
- 8.6 Fiscalizar e gerenciar o serviço contratado de acordo com o **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA**, notificando a **CONTRATADA** sobre eventuais irregularidades.
- 8.7 Estabelecer controle de quantidade e da qualidade dos serviços executados.
- 8.8 Para a realização do volume de exames descritos na Cláusula 1.4, a **CONTRATANTE** irá disponibilizar os equipamentos médico-hospitalares de imagem constantes do **ANEXO IV: EQUIPAMENTOS DE IMAGEM PRÓPRIOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM DISPONIBILIZADOS PELA CONTRATANTE**, cabendo à **CONTRATADA** realizar a manutenção preventiva e corretiva destes equipamentos, nos termos descritos no **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA**.
- 8.9 Providenciar as alterações do presente contrato para excluir ou incorporar serviços de diagnósticos por imagem que venham a ser instalados em estabelecimentos de saúde existentes ou novos estabelecimentos de saúde que vierem a ser inaugurados por meio de Termo Aditivo.
- 8.10 Indicar formalmente os gestores e fiscais para o acompanhamento da execução contratual.





**CLÁUSULA NONA- DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

- 9.1 A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, ao órgão do SUS e a terceiros, a ele vinculado, decorrente de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à **CONTRATANTE** o direito de regresso.
- 9.2 A fiscalização e o acompanhamento da execução deste contrato por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos da legislação em vigor.
- 9.3 A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

**CLÁUSULA DÉCIMA - DOS VALORES CONTRATADOS**

- 10.1 O valor **TOTAL** estimado do presente contrato é de **R\$ 80.856.000,00 (oitenta milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil reais)**, sendo composto da seguinte maneira, para cada Lote:

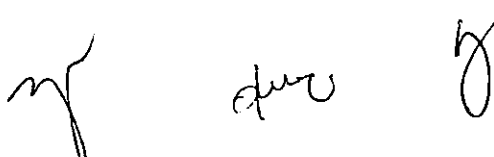
- 10.1.1 **Lote 1 – Região Norte e Região Centro-Oeste:** Valor Mensal: R\$ 1.350.000,00, perfazendo o Valor Anual de R\$ 16.200.000,00;
- 10.1.2 **Lote 2 – Região Sul:** Valor Mensal: R\$ 1.275.000,00, perfazendo o Valor Anual de R\$ 15.300.000,00;
- 10.1.3 **Lote 3 – Região Leste:** Valor Mensal: R\$ 1.900.000,00, perfazendo o Valor Anual de R\$ 22.800.000,00;
- 10.1.4 **Lote 4 – Região Sudeste 1:** Valor Mensal: R\$ 995.000,00, perfazendo o Valor Anual de R\$ 11.940.000,00;
- 10.1.5 **Lote 5 – Região Sudeste 2:** Valor Mensal: R\$ 1.218.000,00, perfazendo o Valor Anual de R\$ 14.616.000,00;
- 10.2 A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da **CONTRATANTE**, a importância referente aos serviços efetivamente executados, ou seja, **cujos resultados e laudos foram entregues nas Unidades de Saúde solicitantes**, de acordo com os valores unitários de cada procedimento previstos na Tabela de Procedimentos SIA/SUS do Ministério da Saúde, com as porcentagens de ACRÉSCIMO/DESCONTO apresentados nas propostas para cada lote, conforme **Anexo VIII – Composição de Valores**.
- 10.2.1 Considerar-se-á como período de competência, para fins de estatística e faturamento, o período compreendido entre o primeiro e o último dia de cada mês.



- 10.3 No preço deverão estar previstos todos os custos e despesas que, direta ou indiretamente decorram do cumprimento integral do objeto deste contrato, de acordo com as especificações estipuladas, inclusive encargos sociais, trabalhistas e fiscais que recaiam sobre o objeto licitado, e constituirá a única e completa remuneração pela prestação do serviço.
- 10.3.1 Quanto à aquisição de peças para manutenção corretiva dos equipamentos, o pagamento se dará mediante ressarcimento conforme detalhado no **ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.**
- 10.4 A Administração não admitirá qualquer alegação posterior que vise o ressarcimento de custos não considerados nos preços.
- 10.5 Os valores unitários estipulados nesta cláusula, relativos aos procedimentos previstos na Tabela de Procedimentos e OPM do Ministério da Saúde – Tabela SUS, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.
- 10.6 As hipóteses excepcionais de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do Decreto Municipal nº 49.286, de março de 2008.
- 10.7 As despesas decorrentes deste Termo de Contrato no presente exercício correrão por conta das dotações orçamentárias nº **84.10.10.301.3003.2520.3350.3900.00** e **84.10.10.301.3003.2520.3350.3900.02.**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DAS MEDIÇÕES E DO PAGAMENTO**

- 11.1 A **CONTRATADA** apresentará mensalmente à **CONTRATANTE** as Notas Fiscais e Faturas Mensais, Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e os relatórios e planilhas na forma definida pela **CONTRATANTE**, para que informem a produção dos serviços executados, obedecendo, para tanto, os procedimentos, as normas e prazos estabelecidos no Manual de Procedimentos.
- 11.2 A **CONTRATADA** receberá mensalmente da **CONTRATANTE**, a importância referente aos serviços efetivamente executados, cujos resultados ou laudos tenham sido entregues na Unidade de Saúde solicitante, de acordo com os valores previstos na Cláusula Décima.
- 11.2.1 As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria da **CONTRATANTE**, mantida as razões da objeção os valores rejeitados serão debitados no pagamento subsequente à **CONTRATADA**.





- 11.3 Para fins de comprovação da data de apresentação dos documentos e observância dos prazos de pagamento, será entregue à **CONTRATADA**, protocolo assinado/rubricado por funcionário da **CONTRATANTE**, com aposição do respectivo carimbo funcional.
- 11.4 Para processarem-se os pagamentos mensais, a **CONTRATADA** deverá submeter à **CONTRATANTE** a nota fiscal relativa aos serviços prestados no mês de referência, acompanhada dos documentos abaixo listados, que deverão ser entregues até no máximo o 30º dia do mês subsequente:
- 11.4.1 Requisição do pagamento indicando o mês de referência;
  - 11.4.2 Relatórios/planilha de exames realizados;
  - 11.4.3 CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
  - 11.4.4 Certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente à todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União, por elas administrados, inclusive os créditos tributários relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiros;
  - 11.4.5 Declaração ISS
  - 11.4.6 ISSQN – Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza, por força do disposto na Lei nº 13.701, de 24.12.2003, e Decreto nº 44.540, de 29.03.2004, será retido na fonte pela PMSP, para as empresas cadastradas no município de São Paulo.
  - 11.4.7 Certidão de Tributos Mobiliários da comarca de São Paulo;
  - 11.4.8 GFIP e SEFIP – destacando os funcionários que prestam serviço neste Contrato;
  - 11.4.9 Cópia de protocolo de envio de Arquivos – CONECTIVIDADE SOCIAL;
  - 11.4.10 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
  - 11.4.11 Certificado de Regularidade do FGTS;
  - 11.4.12 Guia de Recolhimento do FGTS-GRF - competência do mês do serviço prestado;
  - 11.4.13 Guia da Previdência Social – GPS – competência do mês do serviço prestado.
  - 11.4.14 Comprovação de inexistência de pendências no Cadastro Informativo Municipal – CADIN.
- 11.5 Por ocasião da apresentação da nota fiscal, a **CONTRATADA** deverá fazer prova do recolhimento mensal do FGTS por meio das guias de recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social – GFIP, bem como do recolhimento do ISSQN - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza e do IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte.

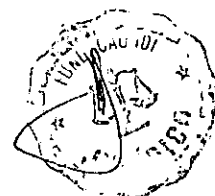
*ng* *quei* *h*

*N*





- 11.6 As comprovações relativas ao FGTS a serem apresentadas deverão corresponder ao período de execução e à mão de obra alocada para esse fim.
- 11.7 Quando da emissão da nota fiscal, fatura, recibo ou documento de cobrança equivalente, a CONTRATADA deverá destacar o valor da retenção, a título de "RETENÇÃO PARA O ISS". Considera-se preço do serviço a receita bruta a ele correspondente, sem nenhuma dedução.
- 11.8 Quando da emissão da nota fiscal, fatura, recibo ou documento de cobrança equivalente, a CONTRATADA deverá destacar o valor da retenção, a título de "RETENÇÃO PARA O IRRF". Considera-se preço do serviço a receita bruta a ele correspondente, sem nenhuma dedução.
- 11.9 Caso, por ocasião da apresentação da nota fiscal, fatura, recibo ou do documento de cobrança equivalente, não haja decorrido o prazo legal para recolhimento do FGTS e do ISSQN, poderão ser apresentadas cópias das guias de recolhimento referentes ao mês imediatamente anterior, devendo a CONTRATADA apresentar a documentação devida, quando do vencimento do prazo legal para o recolhimento, acompanhada de declaração em que ateste a correspondência entre a guia apresentada e o objeto contratual, ou de declaração de que não está sujeita ao pagamento do tributo, nos termos da Portaria SF 71/97.
- 11.10 Nos termos do artigo 31 da Lei nº 8.212, de 24.07.91, alterado pela Lei nº 9.711, de 20.11.98, e IN INSS nº 71, de 10.05.02, e nº 80, de 27/08/02, a CONTRATANTE reterá 11% (onze por cento) do valor bruto da nota fiscal, fatura, recibo ou documento de cobrança equivalente, obrigando-se a recolher, em nome da CONTRATADA, a importância retida até o dia dois do mês subsequente ao da emissão do respectivo documento de cobrança ou o próximo dia útil.
- 11.11 Os pagamentos mensais obedecerão ao disposto nas Portarias da Secretaria das Finanças em vigor, ficando ressalvada a possibilidade de alteração das condições contratadas em face da superveniência de normas federais ou municipais sobre a matéria.
- 11.12 Quando da emissão da nota fiscal, fatura, recibo ou documento de cobrança equivalente a **CONTRATADA** deverá destacar o valor da retenção, a título de "RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL".
- 11.13 Poderão ser deduzidos da base de cálculos da retenção, os valores dos custos de fornecimento incorridos pela **CONTRATADA** a título de vale-transporte e de vale-refeição, nos termos da legislação própria. Tais parcelas deverão estar discriminadas no documento de cobrança.







- 11.13.1 A falta de destaque do valor da retenção no documento de cobrança impossibilitará a **CONTRATADA** a efetuar sua compensação junto ao INSS, ficando a critério da **CONTRATANTE** proceder a retenção/recolhimento devido sobre o valor bruto do documento de cobrança ou devolvê-lo à **CONTRATADA**.
- 11.14 Constatada incorreção, inexatidão ou a falta, a **CONTRATADA** será instada a proceder aos competentes ajustes da documentação necessária ao pagamento, cujo prazo recomeçará a fluir a partir da reapresentação dos novos documentos.
- 11.15 Quaisquer pagamentos não isentarão a **CONTRATADA** das responsabilidades contratuais, nem implicarão na aceitação dos serviços.
- 11.16 Estando em termos a documentação apresentada pela **CONTRATADA**, o pagamento devido será depositado em até 30 (trinta) dias, contados da data da entrega da documentação e solicitação de pagamento, na conta corrente que a **CONTRATADA** deverá manter no Banco do Brasil S/A, ou excepcionalmente no Departamento do Tesouro, à critério da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico.
- 11.17 Em atendimento a Portaria SF nº 05 de 05 de janeiro de 2012, quando houver atraso no pagamento, por culpa exclusiva da **CONTRATANTE**, os valores devidos serão acrescidos da respectiva compensação financeira.
- 11.17.1 Para fins de cálculo da compensação financeira de que trata o item anterior, o valor do principal devido será reajustado utilizando-se o índice oficial de remuneração básica da caderneta de poupança e de juros simples no mesmo percentual de juros incidentes sobre a caderneta de poupança para fins de compensação de mora (TR + 0,5 % "pro-rata tempore"), observando-se, para tanto, o período correspondente à data prevista para o pagamento e aquela data em que o pagamento efetivamente ocorreu.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

- 12.1 Os serviços executados pela **CONTRATADA** serão fiscalizados pelos fiscais locais da Unidade de Saúde onde os serviços serão realizados, a quem caberá verificar se estão sendo cumpridos rigorosamente os dispositivos do Contrato, conforme orientação nos ANEXOS I e VII deste contrato.
- 12.2 Caberá a cada **Coordenadoria Regional de Saúde**, aos **Hospitais** contemplados na Contratação e à **Autarquia Hospitalar Municipal** emissão do atestado mensal quantitativo e qualitativo referente aos serviços prestados nas Unidades de Saúde de sua área de abrangência nos termos do disposto no **ANEXO VII - MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS**.

*zf*      *duo*      *ff*





- 12.3 A **CONTRATADA** facilitará à **CONTRATANTE**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.
- 12.4 A ação ou omissão total ou parcial da fiscalização, não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade pela execução dos serviços contratados.

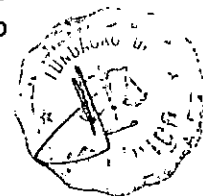
#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

- 13.1. O prazo da contratação é de 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado por idênticos ou inferiores períodos, até o limite previsto na Lei Federal nº 8.666/93 desde que, haja expressa concordância das partes, manifestada, por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS PENALIDADES**

- 14.1 Nos termos dos artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/93, o descumprimento de qualquer das obrigações assumidas neste Contrato importará na aplicação das seguintes penalidades:
- 14.2 **Advertência** a ser aplicada pelo GESTOR ADMINISTRATIVO após 02 (duas) avaliações com conceito "**INSUFICIENTE**" consecutivos na mesma unidade ou após 03 (três) conceitos "**INSUFICIENTE**" alternados em qualquer estabelecimento de saúde do respectivo lote, no período contratual.
- 14.3 **Multa** a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
- 14.3.1. Pelo atraso no início da prestação dos serviços contratados, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor estimado total do contrato até o 10º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento total ou parcial;
- 14.3.2. Pela inexecução total do objeto do contrato, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total dos serviços contratados;
- 14.3.3. Pela inexecução parcial por atraso do objeto do contrato, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor estimado para os estabelecimentos onde o serviço não foi iniciado;
- 14.3.4. Pelo atraso na entrega dos laudos dos exames, multa de 1% (um por cento) por dia (eletivos) ou hora (urgência) sobre o valor correspondente aos laudos dos exames entregues em atraso;
- 14.3.5. Pelo retardamento na entrega ou falta dos insumos necessários à realização dos exames, bem como atraso na execução de manutenção que acarrete paralisação do serviço por período superior a 72 horas, multa de até 10% (dez por cento) sobre o

*[Handwritten signatures]*





valor total de produção **estimada** daquela modalidade de exame no estabelecimento de saúde;

- 14.3.6. Pela não manutenção preventiva dos equipamentos dentro do cronograma estabelecido, multa de até 2% (dois por cento) sobre o valor total dos exames realizados na unidade que sofreu insuficiência de manutenção, no mês de referência;
- 14.3.7. Pela rescisão do contrato por culpa da CONTRATADA, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato.
- 14.3.8. Pela ocorrência de conceito "INSUFICIENTE" na avaliação da qualidade em quaisquer estabelecimentos de saúde, no período contratual, multa de 10% do valor mensal realizado de cada unidade.
- 14.4. Poderá ficar **impedido de licitar e contratar** com o Município pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no item anterior e das demais cominações legais.
- 14.5. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.
- 14.6. O prazo para pagamento de multas será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação da **CONTRATADA**, sendo possível, a critério da **CONTRATANTE**, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido à **CONTRATADA**.
- 14.7. O não pagamento de multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo débito no CADIN e no Sistema Municipal da Dívida Ativa, bem como o ajuizamento do competente processo de execução fiscal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - GARANTIA CONTRATUAL**

- 15.1. Em garantia do cumprimento das obrigações contratuais a **CONTRATADA** deverá oferecer à **CONTRATANTE**, no prazo máximo e improrrogável de 15 (quinze) dias a contar da assinatura deste instrumento, garantia contratual no valor de R\$ 4.042.800,00 (quatro milhões e quarenta e dois mil e oitocentos reais), equivalente a 5% (cinco por cento) do valor deste contrato, em conformidade com o disposto no artigo 56 da Lei Federal nº 8.666/93.
- 15.2. As garantias e seus reforços responderão por todas as multas que forem impostas à **CONTRATADA** e por todas as importâncias que, a qualquer título, decorrentes da execução do contrato, forem devidas pela **CONTRATADA** à Prefeitura do Município de São Paulo.





- 15.2.1. Em caso de insuficiência, será a **CONTRATADA** notificada para, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, completar o valor das multas, sob pena de rescisão do contrato.
- 15.3. A garantia prestada deverá ser substituída automaticamente pela **CONTRATADA** quando da ocorrência de seu vencimento, independentemente de comunicado da **CONTRATANTE**, de modo a manter ininterruptamente garantido o contrato celebrado, sob pena de incorrer a **CONTRATADA** nas penalidades previstas neste contrato.
- 15.4. Por ocasião do encerramento do contrato, o que restar da garantia da execução do contrato e seus reforços serão liberados ou restituídos após a liquidação das multas aplicadas, ou após a dedução de eventual valor de condenação da **CONTRATADA**.
- 15.5. A garantia prestada na modalidade seguro-garantia ou fiança bancária deve explicitar a cobertura integral do contrato, inclusive quanto ao pagamento imediato à Prefeitura do Município de São Paulo em quaisquer das hipóteses previstas nesta Cláusula.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA - DA ANTICORRUPÇÃO**

- 16.1. Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma, conforme previsto no parágrafo 1º do artigo 3º do Decreto nº 44.279, de 24 de dezembro de 2003.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 17.1. As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias contratantes.

E por estarem de acordo as partes contratantes, foi lavrado o presente instrumento, que lido e achado conforme, segue assinado em 04 (quatro) vias de igual teor para todos os efeitos legais.

  
**EDSON APARECIDO DOS SANTOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**CONTRATANTE**





**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

**ROBERTO GOMES NOGUEIRA**

FUNDACAO INSTITUTO DE PESQUISA E ESTUDO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM -  
FIDI  
**CONTRATADA**

**MARCOS HIDEKI IDAGAWA**

FUNDACAO INSTITUTO DE PESQUISA E ESTUDO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM -  
FIDI  
**CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

Lucas Heinen de Menezes  
RF 842.739.9  
SMS/Divisão Administrativa

2





**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (ULTRASSONOGRRAFIA, MAMOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, DENSITOMETRIA ÓSSEA, ECOCARDIOGRAMA e RADIOGRAFIA) INCLUINDO O FORNECIMENTO DE TODOS OS ITENS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES E EMISSÃO/ENTREGA DE LAUDOS TAIS COMO: MÃO DE OBRA, INSUMOS E MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES DISPONIBILIZADOS PARA EXECUÇÃO DO OBJETO.**

**1. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA**

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

As ações e serviços devem ser organizados com atenção aos princípios: (I) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (II) integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema e (III) equidade na assistência à saúde. Para atingir tal objetivo faz-se necessária a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal na prestação de serviços de assistência à saúde a população.

Para atender às diretrizes do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo vem promovendo importante incremento quantitativo e qualitativo dos níveis de serviço de assistência à saúde, por meio da ampliação da oferta de vagas na rede própria e nas instituições credenciadas.

É necessário, porém, oferecer suporte diagnóstico com tecnologia avançada às demandas criadas pelo maior acesso aos serviços de saúde em todo o Município.

Assim, considerando:

- A insuficiência da oferta serviços de apoio diagnóstico por imagem, disponibilizada nos serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde, para atender a fila de espera e as solicitações recebidas mensalmente;
- A existência de demanda reprimida para serviços de apoio diagnóstico por imagem, com base no levantamento da fila de espera eletrônica do SIGA-Saúde;
- A necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais das pessoas que necessitem de cuidados médico-hospitalares, com vista a minimizar danos e sofrimentos e melhoria do acesso de pacientes ao atendimento especializado.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde, facilitar o acesso e reduzir o tempo de espera



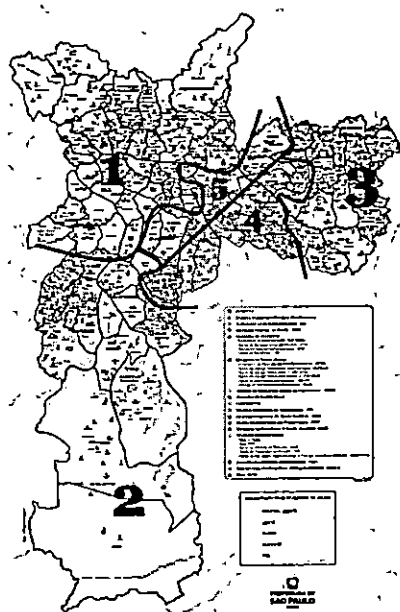
para realização dos procedimentos de diagnóstico por imagem, propõe a contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados de ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiograma e radiografia.

Para garantir a regionalização dos serviços prestados e facilitar o acompanhamento e fiscalização dos mesmos, propõe-se a constituição de 05 (cinco) lotes que agrupam as Regiões de Saúde que compõem o Município de São Paulo.

A figura 01 abaixo retrata a divisão do município em 05 Lotes de contratação de exames de imagem proposta pela SMS, que contempla os seguintes critérios:

- Manter as regiões de saúde no sentido de facilitar os estudos de necessidade/demanda, filas e tempos de espera;
- Buscar equilíbrio entre o número de exames contratados em ambiente hospitalar e ambulatorial;
- Buscar equilíbrio entre o volume de exames contratados em cada Lote.

**Figura 1: Mapa de distribuição dos Lotes para contratação de exames de imagem.**

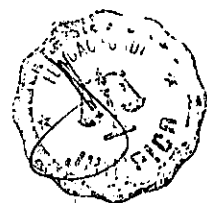


## 2. OBJETO

2.1. Contratação de empresa especializada para realização de exames de apoio diagnóstico por imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiograma e radiografia) incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para realização de exames e emissão/entrega de laudos tais como: mão de obra, equipamentos de imagem, insumos, fornecimento de vestes plumbíferas e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares disponibilizados para execução dos exames, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios de Especialidades (AE), Centros de Referência DST/AIDS (CR), Hospitais Municipais (HM), Pronto Socorros Municipais (PSM) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

*duv*

*z*





**3. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS**

3.1. As especificações referentes às normas e rotinas da execução contratual encontram-se no ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM, que define as responsabilidades e fluxos administrativos a serem adotados com a finalidade de garantir o correto registro de informações e embasar a prestação de contas e pagamentos oriundos do contrato de prestação de serviços de exames de imagem.

3.2. O detalhamento dos 05 (cinco) lotes propostos, com os nomes, endereços, CNES e telefones das unidades de saúde está no ANEXO II: RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO.

3.3. Os serviços objeto deste contrato obedecerão aos quantitativos físicos estimados, conforme ANEXO III: ESTIMATIVA MENSAL FÍSICA E FINANCEIRA DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR LOTE resumos nas tabelas abaixo:

**Tabela 2: Distribuição do volume de exames contratados por Lote por mês.**

TIPO DE EXAME	LOTE 1	LOTE 2	LOTE 3	LOTE 4	LOTE 5	TOTAL
DENSITOMETRIA	300	0	0	0	0	300
MAMOGRAFIA	5.922	3.456	2.640	967	1.730	14.715
RADIOGRAFIA	16.061	12.200	30.815	20.900	20.300	100.276
RESSONÂNCIA	0	1.000	950	0	0	1.950
TOMOGRAFIA	0	2.400	2.430	900	2.400	8.130
ULTRASSONOGRAFIA	9.740	8.688	9.680	3.739	5.866	37.713
ECOCARDIOGRAFIA	300	0	130	40	0	470
<b>TOTAL</b>	<b>32.323</b>	<b>27.744</b>	<b>46.645</b>	<b>26.546</b>	<b>30.296</b>	<b>163.554</b>

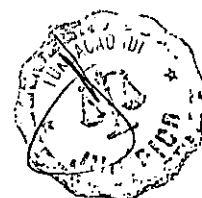
RESUMO LOTE 01	DENSITOMETRIA	ULTRASSONOGRAFIA	ECOCARDIOGRAFIA	MAMOGRAFIA	RADIOGRAFIA	TOTAL
AE PERUS	0	860	0	0	0	860
AE PIRITUBA	0	1.080	0	0	0	1.080
AE TUCURUVI	0	700	0	1.200	450	2.350
AMA SÉ	0	0	0	0	2.000	2.000
CR DST AIDS N SRA DO Ó	0	960	0	0	770	1.730
HM CACHOEIRINHA	300	2.700	144	1.728	600	5.472
HM JD. SARAH	0	920	96	0	1.200	2.216
HM PIRITUBA	0	900	60	0	6.841	7.801
PS BUTANTÁ	0	0	0	0	3.000	3.000
UBS ALTO DE PINHEIROS	0	0	0	897	0	897
UBS DONA MARIQUINHA	0	700	0	0	0	700
UBS UNIÃO VL TAIPAS	0	0	0	1.200	0	1.200
UDI SÉ	0	920	0	897	1.200	3.017
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>9.740</b>	<b>300</b>	<b>5.922</b>	<b>16.061</b>	<b>32.323</b>

RESUMO LOTE 02	ULTRASSONOGRAFIA	MAMOGRAFIA	RADIOGRAFIA	TOMOGRAFIA	RESSONANCIA	TOTAL
CR DST AIDS SANTO AMARO	1.440	0	2.200	0	0	3.640
HM CAMPO LIMPO	6.048	3.456	10.000	2400	1000	22.904
UBS JD MITSUTANI	1.200	0	0	0	0	1.200
<b>TOTAL</b>	<b>8.688</b>	<b>3.456</b>	<b>12.200</b>	<b>2.400</b>	<b>1.000</b>	<b>27.744</b>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*







RESUMO LOTE 03	ULTRASSONOGRRAFIA	ECCARDIOGRAFIA	MAMOGRAFIA	RADIOGRAFIA	TOMOGRAFIA	RESSONANCIA	TOTAL
HD REDE HORA CERTA SÃO MIGUEL PAULISTA	2.000	0	1.440	1.440	0	0	4.880
AE JOSÉ BONIFÁCIO IV	2.000	0	1.200	875	0	0	4.075
HM DR. WALDOMIRO DE PAULA - PLANALTO	1.600	130	0	9.500	450	0	11.680
HM ALÍPIO CORREA NETO - ERMELINO MATARAZZO	2.880	0	0	11.600	1500	950	16.930
HM TIDE SETUBAL	1.200	0	0	7.400	480	0	9.080
<b>TOTAL</b>	<b>9.680</b>	<b>130</b>	<b>2.640</b>	<b>30.815</b>	<b>2.430</b>	<b>950</b>	<b>46.645</b>

RESUMO LOTE 04	ULTRASSONOGRRAFIA	MAMOGRAFIA	RADIOGRAFIA	TOMOGRAFIA	ECCARDIOGRAFIA	TOTAL
HM DR. ALEXANDRE ZAIO	983	0	3.400	0	0	4.383
HM SABOYA	1.850	0	8.400	900	0	11.150
HM ID IVA - BENEDITO MONTENEGRO	206	0	3.600	0	40	3.846
UBS DR. GERALDO DA SILVA FERREIRA	700	967	0	0	0	1.667
UPA SANTA CATARINA	0	0	5.500	0	0	5.500
<b>TOTAL</b>	<b>3.739</b>	<b>967</b>	<b>20.900</b>	<b>900</b>	<b>40</b>	<b>26.546</b>

RESUMO LOTE 05	ULTRASSONOGRRAFIA	MAMOGRAFIA	RADIOGRAFIA	TOMOGRAFIA	TOTAL
HD RHC IPIRANGA - FLÁVIO GIANOTTI	2.700	1.200	1.900	0	5.800
AE MOOCA	0	0	300	0	300
AE CECI	0	0	1.200	0	1.200
HM TATUAPÉ	1.800	530	12.000	2000	16.330
HM IGNACIO PROENÇA DE GOUVEIA	1.366	0	4.900	400	6.666
<b>TOTAL</b>	<b>5.866</b>	<b>1.730</b>	<b>20.300</b>	<b>2.400</b>	<b>30.296</b>

A tabela 02 abaixo demonstra as estimativas calculadas para as unidades hospitalares, no que diz respeito à realização de exames para pacientes internados/urgência e emergência/ambulatoriais:

**Tabela 2: Volumes estimados por tipo de atendimento nas unidades Hospitalares**

UNIDADE	ULTRASSONOGRRAFIA				ECCARDIOGRAMA				MAMOGRAFIA		
	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA URG/EMERG	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA URG/EMERG	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS
HM Mário Degni (Jd Sarah)	920	430	420	70	95	30	32	34	0	0	0
HM José Soares Hungrua (Pirituba)	900	720	0	180	60	10	0	50	0	0	0
PS Caetano Virgílio Neto (Butantã)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Fernando M.P. Rocha (Campo Limpo)	6.048	2.784	2.664	600	0	0	0	0	3.456	3.446	10
HM Waldomiro de Paula (Planalto)	1.600	880	500	220	130	7	72	51	0	0	0
HM Alípio C. Neto (E. Matarazzo)	2.880	1.364	1.043	473	0	0	0	0	0	0	0
HM Tide Setúbal	1.200	876	0	324	0	0	0	0	0	0	0
HM Alexandre Zaio (V. Nhocuné)	983	310	639	34	0	0	0	0	0	0	0
HM Arthur R. Saboya (Jabaquara)	1.850	1.406	92	352	0	0	0	0	0	0	0
HM Benedito Montenegro (Jd Iva)	206	165	25	16	40	12	8	20	0	0	0
UPA Vila Santa Catarina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Camilo Caricchio (Tatuapé)	1.800	630	450	720	0	0	0	0	530	530	0
HM Ignácio Proença de Gouveia	1.366	463	673	230	0	0	0	0	0	0	0
HM Mário de M.A Silva (Vila Nova Cachoeirinha)	2.700	800	1.500	400	144	0	72	72	1.728	1.728	0
<b>TOTAL</b>	<b>22.453</b>	<b>10.828</b>	<b>8.006</b>	<b>3.619</b>	<b>470</b>	<b>59</b>	<b>184</b>	<b>227</b>	<b>5.714</b>	<b>5.704</b>	<b>10</b>

UNIDADE	RADIOGRAFIA			TOMOGRAFIA			RESSONÂNCIA					
	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA URG/EMERG	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA URG/EMERG	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS	TOTAL ESTIMADO	ESTIMATIVA URG/EMERG	ESTIMATIVA AMBULATORIAL	ESTIMATIVA INTERNADOS
HM Mário Degni (Jd Sarah)	1.200	120	720	360	0	0	0	0	0	0	0	0
HM José Soares Hungrua (Pirituba)	6.841	5.950	0	891	0	0	0	0	0	0	0	0
PS Caetano Virgílio Neto (Butantã)	3.000	2.990	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Fernando M.P. Rocha (Campo Limpo)	10.000	3.200	4.400	2.400	2.400	1.150	450	800	1.000	200	650	150
HM Waldomiro de Paula (Planalto)	9.500	6.137	2.535	827	450	200	90	160	0	0	0	0
HM Alípio C. Neto (E. Matarazzo)	11.600	8.411	1.119	2.070	1.500	950	100	450	950	100	750	100
HM Tide Setúbal	7.400	6.956	0	444	480	134	60	285	0	0	0	0
HM Alexandre Zaio (V. Nhocuné)	3.400	3.094	0	306	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Arthur R. Saboya (Jabaquara)	8.400	6.048	420	1.932	900	525	145	230	0	0	0	0
HM Benedito Montenegro (Jd Iva)	3.600	3.417	58	125	0	0	0	0	0	0	0	0
UPA Vila Santa Catarina	5.500	5.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Camilo Caricchio (Tatuapé)	12.000	7.920	2.040	2.040	2.000	1.200	300	500	0	0	0	0
HM Ignácio Proença de Gouveia	4.900	3.774	479	647	400	141	166	93	0	0	0	0
HM Mário de M.A Silva (Vila Nova Cachoeirinha)	600	20	200	380	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>87.941</b>	<b>63.537</b>	<b>11.982</b>	<b>12.422</b>	<b>8.130</b>	<b>4.300</b>	<b>1.311</b>	<b>2.519</b>	<b>1.950</b>	<b>300</b>	<b>1.400</b>	<b>250</b>

*duci*

*mg*

*ng*





A tabela 03 abaixo demonstra as estimativas calculadas para as unidades hospitalares, no que diz respeito à realização de exames especiais:

**Tabela 3:** Volumes estimados por subtipo de exame nas unidades Hospitalares

UNIDADE	RADIOGRAFIA		TOMOGRAFIA			RESSONÂNCIA				
	ESTIMATIVA DE RADIOSCOPIA (ARCO CIRÚRGICO)	ESTIMATIVA DE RADIOGRAFIA COM CONTRASTE	ESTIMATIVA ANGIOTOMOGRAFIA	ESTIMATIVA TOMO COM CONTRASTE	ESTIMATIVA TOMO COM SEDAÇÃO	ESTIMATIVA ANGIORESSONÂNCIA	ESTIMATIVA RNM COM CONTRASTE	ESTIMATIVA RNM COM SEDAÇÃO	ESTIMATIVA RNM CARDÍACA	ESTIMATIVA RNM MAMA
HM Mário Degni (Jd Sarah)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM José Soares Hungrua (Pirituba)	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PS Caetano Virgílio Neto ( Butantã)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Fernando M.P. Rocha (Campo Limpo)	100	20	20	430	2	30	250	35	4	3
HM Waldomiro de Paula (Planalto)	124	10	0	124	8	0	0	0	0	0
HM Alípio C. Neto (E. Matarazzo)	70	150	20	147	2	30	143	51	4	3
HM Tide Setúbal	0	0	0	98	0	0	0	0	0	0
HM Alexandre Zaio (V. Nhocuné)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Arthur R. Saboya (Jabaquara)	252	0	20	250	2	0	0	0	0	0
HM Benedito Montenegro (Jd Iva)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPA Vila Santa Catarina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Camino Caricchio (Tatuapé)	200	70	20	500	2	0	0	0	0	0
HM Ignácio Proença de Gouvea	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM Mário de MA Silva (Vila Nova Cachoeirinha)	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>799</b>	<b>262</b>	<b>80</b>	<b>1.549</b>	<b>16</b>	<b>60</b>	<b>393</b>	<b>86</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

UNIDADE	BIÓPSIA E PUNÇÃO	
	TOTAL ESTIMADO GUIADO POR ULTRASSOM	TOTAL ESTIMADO GUIADO POR TOMOGRAFIA
HM Fernando M.P. Rocha (Campo Limpo)	10	2
HM Alípio C. Neto (Ermelino Matarazzo)	20	10
HM Arthur R. Saboya (Jabaquara)	25	5
HM Camino Caricchio (Tatuapé)	40	5
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>22</b>

3.4. Com relação aos exames de com sedação:

3.4.1. **Tomografia:** deverá ser dimensionado o quadro de anestesistas para realizar a estimativa de exames, podendo contar com plantões à distância em todas as unidades.

3.4.2. **Ressonância:** garantia de no mínimo 01 período de 6h por semana. Os demais períodos diurnos/noturno/finais de semana e feriados poderão ser disponibilizados plantões à distância.

3.5. Para os exames **contrastados:**

3.5.1. **Tomografia:** nos Hospitais Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Jabaquara e Campo Limpo, a empresa contratada deverá disponibilizar profissionais de domingo a sábado das 7h às 19h. Nos períodos noturno/finais de semana e feriados poderão ser disponibilizados plantões à distância. Para os demais hospitais, a empresa deverá disponibilizar profissionais de segunda a sexta-feira das 7 às 19h. Nos períodos noturno/finais de semana e feriados poderão ser disponibilizados plantões à distância.

3.5.2. **Ressonância:** empresa deverá disponibilizar profissionais de segunda a sexta das 7h às 19h. Períodos noturno/finais de semana e feriados poderão ser disponibilizados plantões à distância.

3.6. O quantitativo mensal estimado poderá oscilar devido à sazonalidade na demanda por exames e necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, devendo não ultrapassar o valor financeiro estimado anual.

*duo*

*zf*

*o*



3.7. Para a realização do volume de exames acima descritos a SMS irá disponibilizar os equipamentos médico hospitalares de imagem constantes do ANEXO IV: EQUIPAMENTOS DE IMAGEM PRÓPRIOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM DISPONIBILIZADOS PELA CONTRATANTE cabendo a contratada realizar a manutenção preventiva e corretiva destes equipamentos.

3.8. Para executar as estimativas de volume previstas acima a contratada deverá disponibilizar os equipamentos médico hospitalares constantes do ANEXO V: LISTA DE EQUIPAMENTOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM ALOCADOS PELA CONTRATADA.

3.9. A Secretaria Municipal de Saúde autoriza o uso das instalações de sua propriedade nas UBS, AE, CR, HM, PSM e AMA, listados nos ANEXO II: RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO para a realização dos serviços contratados.

3.10. O prazo para que a CONTRATADA receba a ordem de início de serviço será de no máximo 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato, mediante:

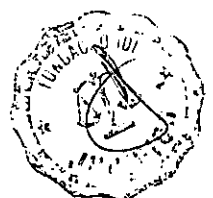
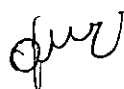
- 3.10.1. Apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão por unidade de saúde;
- 3.10.2. Apresentação do Cronograma de manutenção preventiva;
- 3.10.3. Apresentação da listagem de funcionários que prestarão serviços nas unidades da SMS;
- 3.10.3.1. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social dos funcionários elencados, inclusive do RT.
- 3.10.3.2. Cópia da inscrição dos profissionais elencados no respectivo conselho de classe.
- 3.10.4. Instalação dos Equipamentos Médico-Hospitalares previstos no ANEXO V;
- 3.10.5. Cópia do Contrato de dosimetria para os funcionários da contratada.

#### **4. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

4.1. Deverá implantar de forma adequada a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de forma a obter uma operação correta e eficaz, realizando os serviços de forma meticulosa e constante.

4.2. Realizar exames de ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiografia e radiografia, nos volumes estimados no ANEXO III: ESTIMATIVA MENSAL FÍSICA E FINANCEIRA DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR LOTE.

- 4.2.1. A realização dos exames se dará mediante solicitação dos profissionais das Unidades da Rede de Atenção à Saúde (ambulatoriais e hospitalares) da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS/PMSP, por meio da guia "SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA" – SADT ou de solicitação de AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE – APAC/SIGA-Saúde, devidamente preenchidas, assinadas e carimbadas pelo profissional solicitante.





- 4.2.1.1. A contratada deverá seguir as diretrizes estabelecidas nos protocolos vigentes na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no que tange à solicitação de exames de imagem por profissionais não médicos.
- 4.2.2. É de responsabilidade da CONTRATADA, a conservação dos ambientes da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE disponibilizadas e utilizadas para a execução dos serviços tratados no objeto do presente.
- 4.2.2.1. Caberá a CONTRATADA a conservação dos ambientes e dos mobiliários e/ou equipamentos nele instalados assim como, todos os custos necessários para a adaptação para o uso.
- 4.2.2.2. As benfeitorias realizadas pela CONTRATADA nas instalações das Unidades de Saúde serão incorporadas, sem ônus, ao patrimônio da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE ao final da vigência da prestação do serviço.
- 4.2.3. Disponibilizar os laudos e resultados dos exames por meio impresso e eletrônico quando viável mediante configuração do equipamento, obrigatoriamente acompanhado da documentação em filme radiográfico para radiografia, tomografia e ressonância magnética e documentação fotográfica para exames de ultrassonografias.
- 4.2.3.1. A emissão de laudos se dará quando couber ou quando solicitado pelo médico assistente
- 4.2.3.2. Para os laudos que forem disponibilizados por meio eletrônico, a empresa deverá disponibilizar link e cadastramento dos profissionais autorizados a acessar laudos e/ou imagens online, independente do documento físico, este obrigatório para todos os exames.
- 4.2.3.3. Nos casos de imagens transmitidas online, o sistema da contratada deve garantir:
- 4.2.3.3.1. Registro da empresa e do produto na ANVISA;
- 4.2.3.3.2. Imagem sem perda na qualidade diagnóstica;
- 4.2.3.3.3. Integração com o sistema de gestão hospitalar (integração HIS/PACS);
- 4.2.3.3.4. Imagens em formato DICOM (*Digital Imaging and Communication in Medicine*).
- 4.2.3.4. Para imagens e/ ou laudos transmitidos *on-line* deverá ser observado o disposto na RESOLUÇÃO Nº 2.107, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014, do Conselho Federal de Medicina.
- 4.2.3.5. Será permitida a substituição do filme pelo papel couchê, desde que acompanhado da imagem digital original do exame, em mídia física (CD).
- 4.2.4. Disponibilizar os laudos dos exames realizados, bem como toda a documentação, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis quando classificados como Eletivos. Para os exames realizados em caráter de Urgência e/ou por requisição dos profissionais da SMS/PMSP, os laudos deverão estar disponíveis em até 24 (vinte quatro) horas, sendo que as imagens deverão ser disponibilizadas de imediato;





4.2.5. À medida que o Prontuário eletrônico do Paciente (PEP) for incorporado nos estabelecimentos de saúde, os arquivos digitais dos exames de imagem deverão ser disponibilizados em formato compatível com o sistema utilizado.

4.3. Disponibilizar recursos humanos devidamente habilitados para execução dos serviços contratados, em pacientes adultos, idosos e pediátrico/RN, de acordo com as diretrizes deste Termo de Referência (incluindo todos os profissionais médicos, de enfermagem, técnicos e administrativos necessários para a recepção, realização, entrega do laudo e faturamento dos exames realizados).

4.3.1. Prestar o serviço com equipe técnica especializada nas atividades de realização dos exames de diagnóstico por imagem, procedendo à realização dos exames e cumprindo rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se em todos os aspectos, sem exceção de qualquer modalidade.

4.3.2. Os médicos que executam os exames ou emitem os laudos deverão ter formação compatível com a modalidade de exame a ser realizada conforme Resolução CFM nº 2116/2015.

4.3.3. Disponibilizar profissional habilitado (anestesista) para realização de exames com sedação nos serviços que realizam tomografia computadorizada e ressonância magnética, mediante agendamento e de acordo com a demanda.

4.3.4. Disponibilizar profissionais habilitados para realização de exames com infusão de contraste quando solicitado ou indicado.

4.3.5. Disponibilizar listagem com todos os profissionais que estarão prestando serviços, por estabelecimento de saúde que deverá ser atualizada sempre que houver alteração no quadro de empregados;

4.3.6. Garantir a não paralisação do serviço por falta de recursos humanos providenciando a substituição de funcionários em casos de faltas (em até três horas nos serviços de urgência), férias, licenças médicas, e outras causas que impliquem em redução da equipe prevista como necessária a prestação dos serviços.

4.3.7. Manter seus funcionários devidamente uniformizados, com crachás de identificação e providos de todos os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.

4.3.8. Cumprir, obrigatoriamente, as normas legais vigentes de segurança e medicina do trabalho.

4.3.9. Responsabilizar-se pela contratação, capacitação, treinamento de todos os profissionais necessários à prestação dos serviços contratados.

4.3.10. É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE.

4.3.10.1. Consideram-se profissionais da **CONTRATADA**:

4.3.10.1.1. Membro do seu corpo clínico e de profissionais;





- 4.3.10.1.2. Profissional que tenha vínculo de emprego;
- 4.3.10.1.3. Profissional especialista médico que, eventual ou permanentemente, lhe preste serviços;
- 4.3.10.1.4. Profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens 4.3.10.1 a 4.3.10.3, é autorizado pela **CONTRATADA** a prestar serviços em suas instalações.
- 4.4. Atender em no máximo 48 (quarenta e oito) horas a solicitação de substituição de qualquer profissional ou preposto, feita pelo Gestor Técnico do Contrato, após a devida notificação.
- 4.4.1. A solicitação do gerente local deverá ser encaminhada ao GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO e deverá ser motivada, com apresentação das situações de fato que justifiquem o pedido.
- 4.4.2. Será garantido o contraditório à CONTRATADA para apresentação de Defesa, justificativa ou proposta alternativa de solução do problema apontado.
- 4.4.3. O prazo previsto no caput é contado a partir da notificação da CONTRATADA pelo GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO referente à decisão final da Administração.
- 4.5. Fornecer todos os insumos médico hospitalares e administrativos necessários à realização dos exames e emissão de laudos.
- 4.5.1. Garantir a não paralisação do serviço por falta de insumos (médicos e administrativos).
- 4.5.2. Todo insumo necessário à prestação de serviço, disponibilizado pela CONTRATADA deverá atender a normatização da ANVISA e ABNT.
- 4.6. Disponibilizar, sem ônus à SMS, equipamentos necessários à plena e contínua execução dos serviços, listados no ANEXO V: LISTA DE EQUIPAMENTOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM ALOCADOS PELA CONTRATADA.
- 4.6.1. Todo equipamento necessário à prestação de serviço, disponibilizado pela CONTRATADA deverá atender a regularização da ANVISA e normas ABNT.
- 4.6.2. Os equipamentos deverão ser de primeira linha, e compatíveis com o tipo e volume de exames contratados, novos ou com até dois anos de uso.
- 4.6.3. Todos os equipamentos ferramentas e utensílios de sua propriedade deverão estar identificados, de forma a não serem confundidos com os equipamentos similares de propriedade da SMS.
- 4.7. Garantir manutenção PREVENTIVA e CORRETIVA de todos os bens móveis e equipamentos de propriedade da CONTRATANTE colocados à disposição da prestação do serviço (equipamentos médico hospitalares, equipamentos de ar condicionado, exaustores, mobiliário, comunicação visual, placas de sinalização de emissão radiológica, luzes externas de sinalização vermelha de alerta de disparo das radiografias, equipamentos de informática e todos aqueles disponibilizados nas salas de exames à contratada), bem como dos novos equipamentos alocados pela CONTRATADA, com reposição de peças e insumos necessários à manutenção e em





conformidade com o definido no ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.

- 4.7.1. Apresentar Cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos colocados à disposição para prestação de serviços e dos equipamentos próprios ou locados, com antecedência que permita a programação das agendas sem comprometer a realização dos exames.
- 4.7.2. Providenciar laudos radiométricos dos equipamentos e instalações físicas com a periodicidade prevista na legislação, com apresentação de cópias para arquivo no estabelecimento de saúde onde os serviços serão executados.
- 4.7.3. O controle e acompanhamento in loco dos serviços de manutenção preventiva e corretiva é de responsabilidade do fiscal local do contrato da Unidade de Saúde.
- 4.7.4. A CONTRATADA terá o prazo de até três horas para atender ao chamado de manutenção corretiva.
- 4.7.5. A manutenção corretiva, que não requeira aquisição de peças, deverá ser realizada em até 72 horas. Ultrapassado este prazo os equipamentos passíveis de deslocamento (aparelho de radiografia, ultrassonografia e mamografia) deverão ser substituídos por outros equipamentos em perfeito estado de funcionamento.
  - 4.7.5.1. Casos de manutenção corretiva com substituição de peças terão como prazo máximo 15 dias corridos após a emissão da autorização de compra da peça. Ultrapassado este prazo deverão ser justificados pela CONTRATADA e caberá a mesma providenciar alternativas para a realização dos exames previstos, sem que haja descontinuidade da assistência.
- 4.7.6. Deverá ser emitido laudo técnico para baixa patrimonial dos equipamentos cuja manutenção for inviável por ultrapassar o valor de 70% do valor do mesmo item novo ou de outro equivalente.
- 4.7.7. A CONTRATADA, se julgar pertinente, poderá substituir os equipamentos colocados à disposição para uso, com as seguintes condicionalidades:
  - 4.7.7.1. O valor desta substituição não deverá onerar o custeio do contrato, uma vez que esta decisão é da CONTRATADA e há disponibilização de equipamentos próprios da SMS,
  - 4.7.7.2. Os equipamentos disponibilizados deverão ser de tecnologia equivalente ou superior,
  - 4.7.7.3. Ao término do contrato o equipamento de propriedade da SMS deverá ser reinstalado nas mesmas condições que foi disponibilizado para uso.
- 4.8. Realizar as adaptações estruturais e prediais necessárias para garantir a instalação e pleno funcionamento das atividades contratadas, incluindo climatização adequada ao funcionamento dos equipamentos.
  - 4.8.1. As benfeitorias realizadas pela contratada nas instalações das unidades de saúde serão incorporadas, sem ônus, ao patrimônio da



Secretaria Municipal de Saúde ao final da vigência da prestação de serviços.

4.9. Disponibilizar aos seus funcionários serviço de dosimetria, com apresentação de cópias dos relatórios mensais para arquivo no estabelecimento de Saúde onde os serviços serão executados.

4.10. Disponibilizar vestes plumbíferas e protetores de tireoide para equipe do Centro Cirúrgico quando da realização de radiografia ou escopia durante o procedimento cirúrgico e vestes plumbíferas para proteção de pacientes durante realização de exames.

4.11. Obedecer às demandas e diretrizes da CONTRATANTE ao disponibilizar as agendas das vagas para realização dos exames eletivos por intermédio do sistema SIGA-SAÚDE da SMS/PMSP conforme estabelecido na Portaria 349/2015 SMS.G, ou outra que venha a substituí-la, para realização dos exames.

4.11.1. O volume dos subtipos de exames ofertados dentro de cada modalidade deverá ser estabelecido pela regulação regional.

4.11.2. A oferta de exames com sedação deverá ser estabelecida pela central de regulação regional.

4.11.3. Todas as agendas deverão ser submetidas à aprovação do fiscal local do contrato.

4.11.4. Para a modalidade de ultrassonografia a contratada deverá garantir minimamente 10% da oferta para exames com doppler, exceto em situações de baixa demanda, comprovadas pela central de regulação regional.

4.11.5. Para a modalidade de radiografia, deverão ser ofertados exames contrastados de acordo com a necessidade apontada pela central de regulação regional.

4.11.6. As disposições anteriores não se aplicam às solicitações de exames em caráter de urgência e emergência.

4.12. Disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda para as modalidades de exames em caráter de urgência e emergência, de acordo com as especificações do item 4.13, abaixo.

4.13. Disponibilizar equipes suficientes para atender todo o volume de exames contratados durante o horário de funcionamento disponível das unidades para as modalidades de exames em regime ambulatorial eletivo, de acordo com as especificações do item 4.13, abaixo:

4.13.1. **Hospital Cachoeirinha:**

4.13.1.1. Mamografia: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.

4.13.1.2. Densitometria: regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.

4.13.1.3. Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a

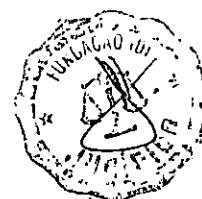






demanda de urgência e emergência (PS Obstétrico) e de pacientes da internação (enfermarias, UTI, pré-parto, casa da gestante e unidade neonatal).

- 4.13.1.3.1. Os exames que serão realizados no setor de neonatologia deverão ser realizados por profissional habilitado para ultrassom na área de pediatria/neonatologia, que deverá comparecer ao hospital para realização dos exames, no mínimo, 2x por semana por 2 horas.
- 4.13.1.4. Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).
- 4.13.1.5. Ecocardiografia: regime ambulatorial eletivo e atendimento da demanda de pacientes internados; deverá disponibilizar agenda minimamente 2x de 4h por semana.
- 4.13.2. **Hospital Pirituba Dr. José Soares Hungria:**
- 4.13.2.1. Ultrassonografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com horário de atendimento de domingo a sábado, das 7 às 9 horas (primeiro horário da manhã), ressaltando que os exames solicitados em caráter de urgência deverão ser realizados por meio de encaixe na agenda ambulatorial (AE Pirituba, que fica localizado no mesmo prédio). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito por solicitação médica. Aos finais de semana, ponto facultativo e feriados (das 7 às 9h) deverão ser disponibilizados plantões à distância.
- 4.13.2.2. Radiografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; em horário ininterrupto (24 horas de domingo a sábado). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica. Exames com laudo serão atendidos, de segunda a sexta-feira das 13:00h as 16:00h, mediante agendamento quando as 02 salas de Radiografia estiverem operantes
- 4.13.2.3. Ecocardiografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com dois períodos de 2h por semana, preferencialmente às terças e sextas-feiras. Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica.
- 4.13.3. **Hospital Municipal Prof. Mario Degni (Jardim Sarah):**
- 4.13.3.1. Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta feira, das 7h às 19h, e aos sábados e domingos, das 7 às 13h com plantões à distância. A agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência (PS Obstétrico) e de pacientes da internação: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pré-Parto, Alojamento Conjunto, UTI adulto e Unidade Neonatal, além de pacientes oriundos da Unidade





Básica de Saúde da região. Lembrando ainda que o Hospital Mário Degni é uma maternidade de alto risco (com ambulatório de gestação de alto risco), portanto, com necessidade em se realizar exames de USG Doppler obstétrico e USG obstétrico morfológico, o que demandará profissionais especializados para realizarem tais exames.

- 4.13.3.2. **Radiografia:** deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; em horário ininterrupto (24 horas de domingo a domingo). Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica. Exames provenientes das UBS da região serão atendidos de segunda a sexta-feira, das 7 às 19hs em regime de livre demanda.
- 4.13.3.3. **Ecocardiografia:** o atendimento deverá ocorrer em 02 períodos da semana de 04h, com oferta de vagas para pacientes externos (da rede assistencial ambulatorial) e internos (do Hospital). Um dos períodos será destinado ao atendimento de pacientes adultos e o outro a pacientes pediátrico/neonatal e fetal.
- 4.13.4. **Hospital Municipal Campo Limpo:**
- 4.13.4.1. **Ultrassonografia:** SALA 01: Deverá abranger pacientes em atendimento no pronto socorro (URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS) e pacientes internados com atendimento 24 horas por dia, de domingo a sábado. SALA 02: Regime ambulatorial de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.4.2. **Mamografia:** regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.
- 4.13.4.3. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h) e disponibilizar equipes para atender a demanda no leito.
- 4.13.4.4. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.4.5. **Ressonância Magnética:** Pacientes internados e ambulatoriais eletivos VIA REGULAÇÃO, com atendimento 24h.
- 4.13.5. **Hospital Municipal Waldomiro de Paula:**
- 4.13.5.1. **Ultrassonografia:** o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado





para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.

- 4.13.5.2. **Ecocardiografia:** o atendimento deverá ocorrer em 02 períodos de 4h por semana, com oferta de vagas para pacientes externos (da rede assistencial ambulatorial) e internos (do Hospital), preferencialmente às segundas e quartas-feiras.
- 4.13.5.3. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).
- 4.13.5.4. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.6. **Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto - Ermelino Matarazzo:**
- 4.13.6.1. **Ultrassonografia:** regime de urgência/emergência e casos ambulatoriais destinados à rede, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda de segunda a sábado das 07:00h as 19:00h e aos domingos das 7h às 19h por plantão à distância.
- 4.13.6.2. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h)
- 4.13.6.3. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.6.4. **Ressonância Magnética:** Pacientes internados e ambulatoriais eletivos VIA REGULAÇÃO, com atendimento 24h.
- 4.13.7. **Hospital Municipal Tide Setubal:**
- 4.13.7.1. **Ultrassonografia:** o ambulatório deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.
- 4.13.7.2. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).
- 4.13.7.3. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes





ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**4.13.8. Hospital Municipal Alexandre Zaio:**

4.13.8.1. Ultrassonografia: Deverá abranger pacientes em atendimento no Pronto Socorro (Urgência e Emergência) e pacientes Internados; com horário de atendimento de segunda a sexta das 7:00h às 13:00h. Pacientes impossibilitados de deambular deverão ser atendidos no próprio leito, mediante solicitação médica.

4.13.8.2. Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

**4.13.9. Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya:**

4.13.9.1. Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.

4.13.9.2. Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h). O atendimento aos pacientes em regime ambulatorial provenientes da rede assistencial se dará de segunda a sexta feira das 7 às 19h.

4.13.9.3. Tomografia: regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.

**4.13.10. Hospital Municipal Benedito Montenegro:**

4.13.10.1. Ultrassonografia: as agendas deverão ser disponibilizadas minimamente 03x por semana, em períodos de 06 horas. Deverá contemplar a realização de todos os subtipos de ultrassonografia nos 03 dias.

4.13.10.2. Ecocardiografia: as agendas deverão ser disponibilizadas minimamente 02x por semana em períodos de 4h, no período necessário para atender toda a demanda gerada nos dias onde não há equipe disponível.

4.13.10.3. Radiografia: regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).

**4.13.11. Hospital Municipal Tatuapé:**

4.13.11.1. Ultrassonografia: o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00h e em caráter de urgência por





plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h, sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação, bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.

- 4.13.11.2. **Mamografia:** regime ambulatorial eletivo, pode ser realizado de domingo a sábado das 7:00h às 19:00h, de acordo com o volume contratado.
- 4.13.11.3. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h).
- 4.13.11.4. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.12. **Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouveia:**
- 4.13.12.1. **Ultrassonografia:** o ambulatório deverá funcionar de domingo a sábado, das 7:00h às 19:00, e em caráter de urgência por plantão à distância de domingo a sábado das 19h às 07h sendo que a agenda deverá ser configurada de forma a possibilitar o atendimento de toda a demanda de urgência e emergência e de pacientes da internação (primeiro horário da manhã reservado para atendimento das solicitações do período noturno), bem como dos casos ambulatoriais destinados à rede.
- 4.13.12.2. **Radiografia:** regime de urgência/emergência, a contratada deverá disponibilizar equipes suficientes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h). O atendimento aos pacientes em regime ambulatorial provenientes da rede assistencial se dará de segunda a sexta feira das 7 às 19h.
- 4.13.12.3. **Tomografia:** regime de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA disponibilidade de equipes para atender toda a demanda durante todo o período de funcionamento da unidade (24h), além dos pacientes ambulatoriais eletivos que são agendados de segunda a sexta das 07h às 19h.
- 4.13.13. **Unidades de Pronto Atendimento isoladas (PS e UPA):** regime exclusivo de urgência e emergência, a empresa deverá disponibilizar equipes para atender toda a demanda durante as 24h de funcionamento das unidades.
- 4.13.14. **Unidades Ambulatoriais (AE, UBS, HD Rede Hora Certa e CRS DST AIDS):** regime ambulatorial eletivo, as agendas podem ser configuradas de forma a atender ao volume dos exames contratados de acordo com o horário de funcionamento das unidades e estrutura disponibilizada pelo gestor local.





- 4.14. O prazo para atendimento dos chamados de plantões à distância será de 03 horas. Serão acionados plantões à distância somente em casos de emergência hospitalares
- 4.15. Obedecer à padronização estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para todos os impressos inerentes ao serviço e/ou entregues aos pacientes, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pela SMS-SP. O padrão de identidade para impressos pode ser consultado no seguinte arquivo: <https://drive.google.com/folderview?id=0Bzl93mDUGsAba01wRzRsaGtIQ0U&usp=sharin>
- 4.16. Gerenciar e providenciar o descarte dos resíduos provenientes das atividades relativas à prestação de serviço, de acordo com Grupos Resíduos, nos termos da Resolução RDC ANVISA Nº 306/04 e Resolução CONAMA Nº 358/05, ou outra norma que venha a substituí-las.
- 4.17. Apresentar relatório mensal de produção para fim de pagamento, acompanhado de outros documentos necessários ao controle dos serviços por parte da SMS, conforme ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.
- 4.17.1. Será responsável por apresentar a produção dos serviços executados pela mesma em benefício a CONTRATANTE, mensalmente e nos prazos estipulados pela CONTRATANTE, obedecendo aos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e por meio de Boletim de Produção Ambulatorial/BPA (consolidado ou individual), em meio magnético/digital, e de acordo com os códigos dos procedimentos da TABELA SUS e da Ficha de Programação Orçamentária Financeira/FPO, que alimentará os Sistemas de Informação Ambulatorial SIA/SUS e Hospitalar SIH/SUS da CONTRATANTE, e tramitará os dados para validações pelos sistemas oficiais do DATASUS vigentes, cuja gestão é da CONTRATANTE.
- 4.17.2. Deverá haver compatibilidade entre os dados apresentados no relatório de produção e os informados nos sistemas oficiais (SIA e SIHD).
- 4.17.3. Semestralmente a SMS fará a conciliação das informações prestadas por meio dos relatórios mensais de produção para fim de pagamento e daquelas informadas nos sistemas oficiais, depois de convalidadas
- 4.18. Apresentar relatório mensal indicando o índice de exames normais/alterados para todos os exames realizados, por unidade solicitante, profissional solicitante, por unidade executante, por tipo de exame, sexo e idade dos pacientes. Fórmula =  $(n^{\circ} \text{ de exames c/ resultado sem alterações} / \text{total de exames realizados}) \times 100$ .
- 4.19. Manter banco de dados contendo todas as imagens e laudos dos exames e procedimentos realizados pelo período de 20 anos conforme CONSULTA CFM Nº 4.728/08 – PARECER CFM Nº 10/09.

*Qui*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





- 4.19.1. Disponibilizar uma cópia da base de dados (laudos e imagens) com todas as informações dos exames realizados a qualquer momento, mediante solicitação da SMS/PMSP.
- 4.19.2. Disponibilizar na íntegra o banco de dados à SMS em formato digital ao término do contrato.
- 4.20. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, junto a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS/PMSP; comunicando à gerência local qualquer alteração de seu quadro de pessoal.
- 4.21. Manter a supervisão de todos os exames de Imagem por médico com Título de Especialista Colégio Brasileiro de Radiologia.
- 4.21.1. Indicar o Responsável Técnico de acordo com a Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Lei Municipal nº 13.725 de 09/01/04 ou outra que vier substituí-la e comunicar qualquer alteração.
- 4.21.2. Atender à Portaria nº 2755 / 2012 – SMS.G/SP disciplina os procedimentos necessários à inscrição de estabelecimentos e equipamentos de interesse da Saúde no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS, bem como, a alteração e atualização dos dados constantes no referido Cadastro e PORTARIA Nº 2530/2014-SMS.G/SP que re-ratifica o ANEXO I da Portaria 2755 / 2012 - SMS.G de 15 de dezembro de 2012.
- 4.22. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.
- 4.23. Esclarecer pacientes e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- 4.24. Responsabilizar-se pelos danos causados a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados.
- 4.25. Responsabilizar-se por todas as despesas necessárias à reparação de danos ou prejuízos impostos a SMS e/ou a terceiros, resultantes de atos ou omissões dos seus empregados quando no desempenho das atividades contratadas.
- 4.26. Notificar a CONTRATANTE de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de sessenta (60) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos registrados junto a JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ;
- 4.27. Deverá manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

## **5. RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

- 5.1 Emitir a ordem de início dos serviços contratados.
- 5.2 Realizar a manutenção da estrutura física (predial), fornecimento de água e energia elétrica nos espaços cedidos para a realização dos exames.
- 5.3 Realizar a manutenção corretiva daqueles equipamentos que, na ocasião da vistoria previa ao processo de licitação, forem identificados sem condição de uso, estando avariados, quebrados ou com necessidades de reparos.





5.4 Fiscalizar e gerenciar o serviço contratado de acordo com o ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA, notificando a contratada sobre eventuais irregularidades.

5.5 Estabelecer controle de quantidade e qualidade dos serviços executados.

5.6 Permitir o acesso de funcionários da contratada nas instalações das unidades de saúde relacionadas no capítulo 3, devidamente identificados de acordo com a escala de serviços da contratada.

5.7 Providenciar as alterações do presente contrato para excluir ou incorporar serviços de diagnósticos por imagem que venham a ser instalados em estabelecimentos de saúde existentes ou novos estabelecimentos de saúde que vierem a ser inaugurados por meio de Termo Aditivo.

5.8 Efetuar o pagamento dos serviços executados pela contratada nas condições previstas no contrato.

5.9 Indicar formalmente os gestores e fiscais para o acompanhamento da execução contratual.

## **6 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

6.1 As interessadas em participar deverão apresentar:

6.1.1 Objeto social pertinente e compatível com o objeto desta contratação;

6.1.2 Cópia autenticada da licença de funcionamento (Alvará Sanitário) atualizada ou cadastramento definitivo da empresa proponente, emitidos por órgão da Vigilância Sanitária local,

6.1.2.1 Caso a revalidação da licença de funcionamento para o presente exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a autorização de funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, conforme orientação geral da ANVISA;

6.1.3 Atestado(s) de capacidade técnica, em cópia acompanhada do original ou autenticada, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove(m) a aptidão para o desempenho de atividade pertinente ao objeto da licitação,

6.1.3.1 Entende-se por pertinente(s) e compatível (eis) o(s) atestados que comprove(m) a execução concomitante dos SERVIÇOS DE IMAGEM, em quantidade mensal correspondente a 50 % (cinquenta por cento) do objeto total, por lote;

6.1.3.2 Será admitido o somatório de atestados para compor o quantitativo acima, desde que se refiram ao mesmo período de prestação dos serviços;

6.1.3.3 A(s) certidão(ões) ou atestado(s) deverá(ão) ser apresentados em papel timbrado, original ou cópia autenticada, assinados por autoridade ou representante de quem o expediu, com a devida identificação, indicando que os serviços foram prestados a contento;







- 6.1.4 Certificado de Inscrição de Empresa nos respectivos Conselhos Regionais, indicando o Responsável Técnico:
  - 6.1.4.1 CRTR (Conselho Regional de Técnicos em Radiologia)
  - 6.1.4.2 CRM (Conselho Regional de Medicina)
  - 6.1.4.3 CREA (Conselho Regional de Engenharia e Agronomia)
- 6.1.5 Assunção de Responsabilidade Técnica, junto à Vigilância em Saúde, do Profissional da instituição;
- 6.1.6 Título/certificado de especialista em diagnóstico por imagem do responsável técnico;
- 6.1.7 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES com os dados devidamente atualizados;
- 6.1.8 Comprovação de realização de dosimetria dos funcionários;
- 6.1.9 Comprovante de realização de vistoria prévia das Unidades de Saúde relacionadas no ANEXO II: RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO, local onde os serviços serão executados;
- 6.1.10 Declaração de ciência das condições de instalação ANEXO VII: DECLARAÇÃO DE VISTORIA do Edital.
- 6.1.11 Documento "Procedimentos Operacionais Padrão" adotados pela empresa e sua equipe para a realização dos exames e gerenciamento de resíduos.

6.2 Para efeito de comprovação das exigências estabelecidas somente serão aceitas as licenças e certidões válidas, assim entendidas aquelas cujo prazo de validade esteja vigente na data da sessão pública.

6.3 As empresas poderão concorrer a um ou mais lotes a depender da comprovação de capacidade técnica, não havendo limitação de participação.

## **7 DOS VALORES DE REFERÊNCIA**

7.1 O valor de referência para os exames serão aqueles constantes da Tabela de Procedimentos e OPM do Ministério da Saúde – Tabela SUS.

7.1.1 Para os exames não contemplados na Tabela SUS serão utilizados os seguintes parâmetros:

7.1.1.1 **Ultrassonografia de partes moles:** valor equivalente ao procedimento 0205020062 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO.

7.1.1.2 **Ultrassonografia obstétrica morfológica:** valor equivalente à somatória dos procedimentos 0205020143 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA e 0205020151 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO;

7.1.1.3 **Angiotomografia** (apenas para os Hospitais de grande porte Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Jabaquara e Campo Limpo): valor equivalente a dois procedimentos de 0206010079 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO;





**7.1.1.4 Punção guiada por ultrassonografia ou tomografia** (apenas para os Hospitais de grande porte Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Jabaquara e Campo Limpo): os valores serão compostos pelo procedimento do grupo 02/subgrupo 01/forma de organização 01: coleta de material por meio de punção/biópsia acrescido do valor do exame de imagem correspondente.

7.2 Exames que venham a ser incluídos na tabela SUS passarão a ser remunerado pelo valor destas aplicadas o mesmo desconto/ acréscimo alcançados na licitação para as referidas tabelas a partir do primeiro dia do mês de sua inclusão.

## **8 DO PREÇO**

8.1 No preço deverão estar previstos todos os custos e despesas que, direta ou indiretamente decorram do cumprimento integral do objeto deste edital, de acordo com as especificações estipuladas, inclusive encargos sociais, trabalhistas e fiscais que recaiam sobre o objeto licitado, e constituirá a única e completa remuneração pela prestação do serviço.

8.1.1 Quanto à aquisição de peças para manutenção corretiva dos equipamentos, o pagamento se dará mediante ressarcimento conforme detalhado no ANEXO VII: MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO ADMINISTRATIVA.

8.2 A Administração não admitirá qualquer alegação posterior que vise o ressarcimento de custos não considerados nos preços.

8.3 Os valores unitários estipulados nesta cláusula, relativos aos procedimentos previstos na Tabela de Procedimentos e OPM do Ministério da Saúde – Tabela SUS, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

8.4 As hipóteses excepcionais de revisão de preços serão tratadas de acordo com a legislação vigente e exigirão detida análise econômica para avaliação de eventual desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do Decreto Municipal nº 49.286, de março de 2008.

## **9 EXECUÇÃO DO PAGAMENTO**

9.1 Compete ao CONTRATANTE:

9.1.1 Toda documentação referente à validação de prestação de serviços consolidada pelos FISCALIS REGIONAIS deverá ser encaminhada ao GESTOR ADMINISTRATIVO até o décimo segundo dia útil do mês subsequente à prestação de serviços.

9.1.2 Caso haja proposição de advertência ou multa, após análise pelo GESTOR ADMINISTRATIVO, será aberto prazo de Defesa prévia para a empresa e após a devida análise da área técnica avaliadora, e após este parecer e previamente à liquidação, o processo de pagamento será encaminhado para análise e parecer da Assessoria Jurídica /SMS..

9.2 Compete ao GESTOR ADMINISTRATIVO consolidar as informações relativas à execução do contrato e encaminhar o processo de pagamento ao



SMS.2/Coordenadoria Financeira e Orçamentária (CFO), o qual efetuará a liquidação, considerando:

- 9.2.1 Consolidado de registro de produção;
- 9.2.2 Atestados de "a contento" consolidados pelos FISCAIS REGIONAIS;
- 9.2.3 Descontos referentes a eventuais penalidades;
- 9.2.4 Ressarcimento de peças adquiridas para manutenção.

9.3 Compete a CONTRATADA:

9.3.1 Encaminhar até o 5º dia útil do mês subsequente a seguinte documentação para o GESTOR ADMINISTRATIVO (SMS.1/CONTRATOS):

9.3.1.1 Carta de solicitação de pagamento dirigida ao SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, discriminado tipos de serviços prestados (exames, manutenção, ressarcimento de peças utilizadas), com os respectivos quantitativos físico-financeiros e VALOR TOTAL;

9.3.1.2 Planilhas/relatórios impressos em papel com o logotipo da Empresa relacionando os exames por Coordenadoria Regional de Saúde/Autarquia Hospitalar Municipal (de acordo com a composição do Lote), separadamente conforme tabela de referência, com os respectivos subtotais e valor consolidado;

9.3.1.3 Planilhas/relatórios impressos em papel com o logotipo da Empresa descrevendo as manutenções corretivas com reposição de peças realizadas, relacionando equipamento, marca, modelo para cada Coordenadoria Regional de Saúde / Autarquia Hospitalar Municipal (de acordo com o Lote).

9.3.1.4 Relatório de controle de dosimetria de todos os seus funcionários.

9.3.2 Encaminhar mensalmente cópias dos seguintes documentos de hígidez fiscal e tributária:

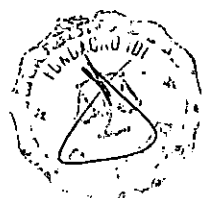
9.3.2.1 CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

9.3.2.2 Certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente à todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União, por elas administrados, inclusive os créditos tributários relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiros;

9.3.2.3 Certidão de Tributos Mobiliários do Município de sua sede;

9.3.2.4 GFIP e SEFIP – destacando os funcionários que prestam serviço neste Contrato;

9.3.2.5 Cópia de protocolo de envio de Arquivos – CONECTIVIDADE SOCIAL;





- 9.3.2.6 Certificado de Regularidade do FGTS;
- 9.3.2.7 Guia de Recolhimento do FGTS-GRF - competência do mês do serviço prestado;
- 9.3.2.8 Guia da Previdência Social – GPS – competência do mês do serviço prestado;
- 9.3.2.9 ISSQN – Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza, por força do disposto na Lei nº 13.701, de 24.12.2003, e Decreto nº 44.540, de 29.03.2004, será retido na fonte pela PMSP, para as empresas cadastradas no município de São Paulo.
- 9.3.2.10 Cadastro Informativo municipal (CADIM Municipal).

## **10 LEGISLAÇÃO RELACIONADA**

- 10.1 Portaria GM/MS 453 de 01 de junho de 1998 - Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico.
  - 10.2 RDC ANVISA nº 33 de 25 de fevereiro de 2003.
  - 10.3 DECRETO Nº 53.484, Institui o Sistema de Bens Patrimoniais Móveis - SBPM no âmbito da Administração Direta do Município de São Paulo. Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 19 de outubro de 2012.
  - 10.4 Manual do usuário sistema BPM: Secretaria de Finanças Contas públicas, Manuais e orientações  
[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/Minuta%20do%20Manual%20SBPM\\_1398439822.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/Minuta%20do%20Manual%20SBPM_1398439822.pdf)
  - 10.5 PORTARIA 349/2015-SMS-G. Determina sobre o uso obrigatório do Sistema SIGA Saúde em todas as Unidades de Saúde sob Gestão Municipal.
  - 10.6 Lei Municipal nº 13.725 de 09/01/04. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.
  - 10.7 Portaria nº 2755 de 15 de dezembro de 2012. Disciplina os procedimentos necessários à inscrição de estabelecimentos e equipamentos de interesse da Saúde no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS, bem como, a alteração e atualização dos dados constantes no referido Cadastro.
- PORTARIA Nº 2530/2014-SMS.G/SP. Rerratifica o ANEXO I da Portaria 2755 / 2012 - SMS.G de 15 de dezembro de 2012.





**ANEXO II**  
RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E HORÁRIOS DE  
FUNCIONAMENTO

<b>LOTE 1 - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE, CENTRO E OESTE.</b>	
<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE</b>	<b>Ambulatório de Especialidades Perus</b> CNES 3094340/ Telefone: 3917-1263;3915-4745 Rua Júlio de Oliveira, nº 80, Vila Flamengo. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira - 07:00h-19:00h
	<b>Ambulatório de Especialidades Tucuruvi</b> CNES 2751984/ Telefone: 2952-6700; 2204-5311 Rua Nova Cantareira, nº 1467, Tucuruvi. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira - 07:00h-19:00h
	<b>Centro de Referência DST/AIDS Nossa Senhora do Ó</b> CNES 2752026/ Telefone: 3975-2032 Av. Itaberaba, 1377 - Freguesia do Ó Horário de funcionamento: segunda a sexta feira - 07:00h-20:00h
	<b>Ambulatório de Especialidades Pirituba</b> CNES 6670849/ Telefone: 3974-8539;3974-7000 Rua Menotti Laudísio, nº 100, Pirituba. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira - 07:00h-19:00h
	<b>Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria (Pirituba)</b> CNES 2077450/ Telefone: 3394-8600 Rua Menotti Laudísio, nº 100, Pirituba. Horário de funcionamento: domingo a sábado - 24 horas
	<b>Hospital Municipal Dr. Mario Altenfelder da Silva (Cachoeirinha)</b> CNES 2079186/ Telefone: 3986-1000 Avenida Deputado Emílio Carlos, nº 3100 - V. N. Cachoeirinha. Horário de funcionamento: domingo a sábado - 24 horas
	<b>Unidade Básica de Saúde Dona Mariquinha Sciascia</b> CNES 2027690/ Telefone: 2203-2489 Rua Dr. Jose Vicente, nº 39 - Tremembé. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira - 07:00h-19:00h

*duj*

*m*

*v*





	<p><b>Unidade Básica de Saúde União das Vilas de Taipas</b> CNES 2788667/ Telefone: 3471-2432/ 3972-1355 Avenida Elísio Teixeira Leite, nº 7703 – Jaraguá. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h</p>
<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO</b>	<p><b>Assistência Médica Ambulatorial Sé (AMA Sé)</b> CNES 5636469/ Telefone: 11 31018841 RUA FREDERICO ALVARENGA, nº 303 - térreo - Parque Dom Pedro II. Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas</p>
	<p><b>Unidade de Diagnóstico por Imagem SÉ</b> CNES 5457963/ Telefone: 3105-2742 Rua Frederico Alvarenga, nº 259 – térreo - Parque Dom Pedro II. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-17:00h</p>
<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE</b>	<p><b>Hospital Municipal Prof. Mario Degni (Jardim Sarah)</b> CNES 2075717/ Telefone: 3394-9396/9694/9339 Rua Lucas de Leyde, nº 257 – Vila Antônio. Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas</p>
	<p><b>Pronto Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Neto (Butantã)</b> CNES 2027100/ Telefone: 3731-6018 Rua Augusto Farinha, nº 1125 – Jardim Pinheiros. Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas</p>
	<p><b>Unidade Básica de Saúde Alto De Pinheiros</b> CNES 3503488/ Telefone: 3023-4588 Rua Queiroz Filho, nº 33 Anexo B, Pinheiros. Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h</p>

**LOTE 2 - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL**

**Centro de Referência DST/AIDS Santo Amaro**

CNES 2786656/ Telefone: 5686-1613;5547-0004

Rua Carlos Gomes, nº 695, Santo Amaro.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo)**

CNES 2786680/ Telefone: 3394-7460

Estrada de Itapecerica, nº 1661 – Campo Limpo.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas





**Unidade Básica de Saúde Jardim Mitsutani**

CNES 2787636/ Telefone: 5842-9292

Rua Frei Xisto Teuber, nº 50, Jardim Mitsutani.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**LOTE 3 - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE**

**Hospital Dia Rede Hora Certa São Miguel Paulista**

CNES 2751976/ Telefone: 2956-9099

Rua João Augusto de Moraes, 348 – São Miguel Paulista – CEP 08010-130.

Horário de funcionamento: segunda a sábado – 07:00h-19:00h

**Ambulatório de Especialidades José Bonifácio IV**

CNES 2751895/ Telefone: 2523-2158;2524-2455

Rua Andreas Amon, nº 150, Itaquera.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**Hospital Municipal Dr. Waldomiro de Paula (Itaquera)**

CNES 2077639/ Telefone: 3394-8990

Rua Augusto Carlos Baumann, nº 1074 – Itaquera.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Hospital Municipal Prof. Alípio Corrêa Netto (Ermelino Matarazzo)**

CNES 2082829/ Telefone: 3394-8104

Rua Rodrigo Brum, nº 1989 – Vila Paranaguá.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Hospital Municipal Tide Setubal (São Miguel)**

CNES 2080583/ Telefone: 3394-8870;3397-8871

Rua Dr. José Guilherme Eiras, Nº 123 – São Miguel Paulista.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**LOTE 4 – COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE 1**

**Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (Vila Nhocuné)**

CNES 2080788/ Telefone: 3394-9210

Rua Alves Maldonado, nº 128 – Jardim São João.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara)**

CNES 2081970/ Telefone: 3394-8542

Avenida Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, nº 860, Jabaquara.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro (Jardim Iva)**

CNES 2084139/ Telefone: 3394-9531

Rua Antônio Lazaro, nº 226, Jardim Iva.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Unidade Básica de Saúde Dr. Geraldo da Silva Ferreira**

CNES 2042991/ Telefone: 5021-7744

Avenida Engenheiro de Arruda Pereira, nº 2944, Vila do Encontro.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**Unidade de Pronto Atendimento Santa Catarina**

CNES 7638698/ Telefone: 5679-0340

Rua Cidade de Bagdá, nº 505, Jardim Mira.

*[Handwritten signatures]*





Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**LOTE 5 - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE 2**

**Hospital Dia Rede Hora Certa Ipiranga. Flavio Giannotti**

CNES 6133533/ Telefone: 2063-0622/ 20633144

Rua Xavier de Almeida, nº 210, Ipiranga.

Horário de funcionamento: segunda a sábado – 07:00h-19:00h

**Ambulatório de Especialidades Dr. Ítalo Domingos Le Vocci**

CNES 2751917/ Telefone: 2292-9512

Rua Marina Crespi, nº 91, Mooca.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**Ambulatório de Especialidades/Centro de Especialidades Odontológica Dr. Alexandre Kalil Yasbec (Ceci)**

CNES 2751844/ Telefone: 2275-1999

Avenida Ceci nº 2235, Planalto Paulista.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira – 07:00h-19:00h

**Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio (Tatuapé)**

CNES 2080346/ Telefone: 6191-7000

Avenida Celso Garcia, nº 4815, Tatuapé.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas

**Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouveia**

CNES 2084473/ Telefone: 2069-9923

Rua Juventus, nº 562, Mooca.

Horário de funcionamento: domingo a sábado – 24 horas







**ANEXO III**  
**ESTIMATIVA MENSAL FÍSICA E FINANCEIRA DOS EXAMES DE APOIO**  
**DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR**  
**LOTE**

As tabelas abaixo demonstram a estimativa de cada subtipo de exame em todas as modalidades, com base na série histórica de produção dos estabelecimentos de saúde. Entende-se que as demandas por exames de cada região são dinâmicas. Dessa forma, a Central de Regulação por meio de sua representação local, regional e central, poderão demandar todos os exames da Tabela de Procedimentos e OPM do SUS, do grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA, seguintes subgrupos abaixo, que deverão ser executados conforme a solicitação médica:

- 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA
- 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA
- 06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA
- 07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Todas as modalidades devem contemplar a realização de exames com contraste e sedação, quando demandado.





**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 01	VALOR UNITÁRIO	AMASÉ		AE PERUS		AE PIRITUBA		AE TUCURUVI		CR DST AIDS N SRA DO O		HM CACHOEIRINHA		HM MÁRIO DEGN-SARAH		HM PIRITUBA		PS BUTANTÁ		UBS ALTO DE PINHEIROS		UBS DONA MARQUINHA A SOASCIA		UBS UNIAO DAS VILAS DE TAPAS		UNIDADE DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SÉ		TOTAL	
		FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS	FÍSICO	RS
0204010039 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	RS 8,38	0,25	RS 2,11					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,12	RS 0,99	2,82	RS 13,61	2,26	RS 18,95							0,15	RS 1,26	6	RS 46,92
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP + OBLIQUAS)	RS 6,96	0,06	RS 0,44					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	1,01	RS 7,06	1,48	RS 10,31						0,04	RS 0,26	3	RS 18,07	
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	RS 8,38	0,50	RS 4,21					0,00	RS -	0,00	RS -	0,11	RS 0,92	0,47	RS 3,84	5,28	RS 43,44	3,20	RS 26,79						0,30	RS 2,53	10	RS 81,84	
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	RS 6,88	13,58	RS 93,42					19,15	RS 131,74	23,35	RS 160,68	0,00	RS -	22,35	RS 153,77	5,41	RS 37,22	4,29	RS 29,51						8,15	RS 56,05	96	RS 663,39	
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	RS 9,15	0,06	RS 0,58					1,13	RS 10,31	1,07	RS 9,81	0,00	RS -	0,62	RS 7,53	24,68	RS 215,83	0,00	RS -						0,04	RS 0,95	28	RS 254,40	
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	RS 7,52	42,81	RS 321,92					4,51	RS 33,88	5,00	RS 37,63	27,73	RS 208,55	22,00	RS 165,42	297,86	RS 2.239,92	150,88	RS 1.134,63						25,69	RS 193,15	576	RS 4.335,11	
0204010101 RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	RS 9,03	0,00	RS -					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,12	RS 1,06	0,11	RS 1,02	0,31	RS 2,82						0,00	RS -	1	RS 4,60	
0204010110 RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	RS 7,20	1,45	RS 10,41					0,00	RS -	0,12	RS 0,86	0,00	RS -	0,12	RS 0,85	2,25	RS 16,23	0,70	RS 5,05						0,87	RS 6,25	6	RS 39,64	
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	RS 8,38	15,72	RS 131,69					0,00	RS -	0,83	RS 6,99	0,00	RS -	2,00	RS 16,76	47,90	RS 401,37	29,01	RS 243,08						9,43	RS 79,02	105	RS 878,91	
0204010136 RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	RS 7,98	0,06	RS 0,50					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,04	RS 0,20	0	RS 0,80	
0204010144 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	RS 7,32	106,61	RS 780,41					19,15	RS 140,17	40,39	RS 295,69	0,33	RS 2,42	63,76	RS 466,71	561,12	RS 4.107,43	138,41	RS 1.013,13						63,97	RS 468,24	994	RS 7.274,19	
0204010152 RADIOGRAFIA DE SELA TURCSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	RS 7,20	0,25	RS 1,81					0,00	RS -	0,12	RS 0,86	0,00	RS -	2,82	RS 20,33	48,35	RS 348,10	0,08	RS 0,56						0,15	RS 1,09	53	RS 371,75	
0204020026 PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	RS 19,60	0,06	RS 1,23					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,04	RS 0,74	0	RS 1,97	
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	RS 8,33	2,26	RS 18,85					4,51	RS 37,53	11,92	RS 99,26	1,76	RS 14,67	7,41	RS 61,73	102,10	RS 850,53	0,00	RS -						39,11	RS 370,33	256	RS 2.095,51	
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	RS 8,19	65,19	RS 533,88					11,83	RS 96,87	29,67	RS 243,00	0,00	RS -	41,53	RS 340,09	0,00	RS -	68,54	RS 561,34						0,00	RS 3	3	RS 29,33	
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	RS 10,29	0,00	RS -					0,00	RS -	2,14	RS 22,07	0,00	RS -	0,71	RS 7,26	0,00	RS -	0,00	RS -						0,00	RS 3	3	RS 29,33	
0204020069 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	RS 10,96	155,02	RS 1.698,98					33,79	RS 370,36	102,36	RS 1.121,83	2,64	RS 28,95	114,11	RS 1.250,61	178,71	RS 1.936,75	104,25	RS 1.142,60						93,01	RS 1.019,39	782	RS 8.569,47	
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CY OBLIQUAS)	RS 14,90	1,07	RS 15,92					4,51	RS 67,13	2,62	RS 39,06	0,00	RS -	0,24	RS 3,51	0,00	RS -	0,00	RS -						0,64	RS 9,55	9	RS 135,18	
0204020085 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	RS 16,88	0,06	RS 1,06					0,00	RS -	0,48	RS 8,05	0,00	RS -	0,12	RS 1,99	0,00	RS -	0,00	RS -						0,04	RS 0,64	1	RS 11,73	
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	RS 9,16	51,17	RS 468,71					7,88	RS 72,23	20,97	RS 192,10	0,77	RS 7,06	35,70	RS 336,19	33,13	RS 303,50	20,27	RS 185,70						3,21	RS 31,19	78	RS 756,86	
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	RS 9,73	5,34	RS 51,99					27,60	RS 258,52	14,89	RS 144,93	0,88	RS 8,57	3,29	RS 32,05	17,58	RS 171,06	4,95	RS 48,56						0,00	RS -	1	RS 35,67	
0204020115 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	RS 15,58	0,00	RS -					0,00	RS -	0,48	RS 7,43	0,00	RS -	0,24	RS 3,67	1,58	RS 24,58	0,00	RS -						0,00	RS -	1	RS 35,67	
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	RS 7,80	1,13	RS 8,83					0,00	RS -	0,36	RS 2,79	0,00	RS -	1,88	RS 14,68	8,79	RS 68,57	84,12	RS 65,69						0,68	RS 5,30	21	RS 165,84	
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR MEMTORAX)	RS 8,37	14,65	RS 122,59					0,00	RS -	0,60	RS 4,99	0,11	RS 0,92	5,29	RS 44,31	79,00	RS 661,24	47,80	RS 400,07						8,79	RS 73,56	156	RS 1.307,68	
0204030099 RADIOGRAFIA DE ESTERNO	RS 7,98	0,00	RS 0,50					1,13	RS 8,99	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	2,25	RS 17,99	1,40	RS 11,20						0,04	RS 0,30	5	RS 38,98	
0204030102 RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	RS 8,73	0,00	RS -					0,00	RS -	0,36	RS 3,12	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,00	RS -	0	RS 3,11	
0204030119 RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	RS 5,56	0,13	RS 0,70					0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,08	RS 0,42	0	RS 1,11	
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	RS 12,02	0,19	RS 2,27					10,70	RS 128,62	0,83	RS 10,03	0,11	RS 1,32	0,12	RS 1,41	0,34	RS 3.116,81	439,52	RS 4.375,46	299,03	RS 2.840,81				268,05	RS 2.546,51	2.018	RS 19.171,78	
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	RS 9,50	446,76	RS 4.244,19					67,02	RS 636,70	145,02	RS 1.377,65	24,54	RS 233,14	378,09	RS 3.116,81	439,52	RS 4.375,46	299,03	RS 2.840,81						174,79	RS 1.391,11	4.119	RS 28.335,43	
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	RS 6,88	290,48	RS 1.998,52					0,56	RS 3,87	31,70	RS 218,07	242,11	RS 1.665,74	168,69	RS 1.160,58	2.357,57	RS 17.596,09	633,13	RS 4.493,44						9,17	RS 58,84	199	RS 1.279,87	
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	RS 6,42	15,28	RS 98,07					2,82	RS 18,08	2,86	RS 18,36	47,87	RS 307,34	3,41	RS 21,90	67,51	RS 433,39	50,43	RS 23,83						0,19	RS 1,40	1	RS 8,37	
0204040027 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	RS 7,40	0,31	RS 2,33					0,00	RS -	0,24	RS 1,76	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,68	RS 5,07	8	RS 58,53	
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	RS 7,40	1,13	RS 8,37					0,00	RS -	0,71	RS 5,29	0,00	RS -	0,71	RS 5,22	0,00	RS -	4,68	RS 34,62						0,15	RS 1,12	1	RS 4,44	
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	RS 7,40	0,25	RS 1,86					0,00	RS -	0,12	RS 0,88	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -	0,00	RS -						0,15	RS 1,12	1	RS 4,44	
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	RS 7,77	13,25	RS 103,06					3,38	RS 26,26	1,07	RS 8,33	43,69	RS 339,47	3,18	RS 24,68	41,59	RS 323,12	27,14	RS 210,84						7,96	RS 61,84	141	RS 1.097,60	
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	RS 7,40	3,33	RS 24,65					0,00	RS -	1,31	RS 9,70	15,85	RS 117,27	2,00	RS 14,80	29,41	RS 217,67	16,61	RS 122,50						2,00	RS 14,79	71	RS 521,78	
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	RS 5,90	21,94	RS 129,44					3,38	RS 19,94	5,48	RS 32,34	1,21	RS 7,14	8,82	RS 52,05	105,26	RS 621,03	70,57	RS 416,35						13,15	RS 77,86	230	RS 1.355,95	
0204040086 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	RS 5,62	7,73	RS 43,45					0,00	RS -	0,71	RS 4,02	0,00	RS -	5,88	RS 33,06	94,33	RS 530,13	63,47	RS 356,71						4,64	RS 76,07	177	RS 993,43	
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	RS 6,30	91,97	RS 579,39					17,46	RS 109,99	34,32	RS 216,20	1,76	RS 11,09	39,29	RS 247,52	191,70	RS 1.207,71	138,33	RS 871,46						55,19	RS 347,63	300	RS 3.591,00	
0204040108 RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	RS 6,00	7,54	RS 45,26					21,96	RS 191,79	24,07	RS 144,42	0,00	RS -	19,53	RS 117,16	2,70	RS 15,23	0,00	RS -										



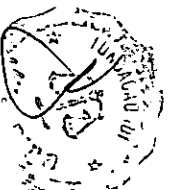
**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 01	VALOR UNITÁRIO	AMA SÉ		AE PERUS		AE PIRITUBA		AE TUCURUVI		OR DST AIDS N SRA DO Ó		HM CACHOEIRINHA		HM MÁRIO DEGNI-SARAH		HM PIRITUBA		PS BUTANTÁ		UBS ALTO DE PINHEIROS		UBS DONA MARQUINHA SCASCA		UBS UNIAO DAS VILAS DE TAPAS		UNIDADE DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SÉ		TOTAL				
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$			
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60		86,00	R\$ 3.405,60	108,00	R\$ 4.276,80	70,00	R\$ 2.772,00	96,00	R\$ 3.801,60	270,00	R\$ 10.692,00	52,00	R\$ 3.643,20	80,00	R\$ 3.564,00							70,00	R\$ 2.772,00			92,00	R\$ 3.643,20	974	R\$ 38.570,40		
0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90		0,00	R\$ -	0,18	R\$ 7,65	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	153,90	R\$ 6.602,31	62,56	R\$ 2.683,82	0,00	R\$ -							0,00	R\$ -			0,05	R\$ 2,12	217	R\$ 9.296,01		
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 74,20		0,00	R\$ -	37,27	R\$ 901,99	2,41	R\$ 58,27	7,45	R\$ 180,26	6,90	R\$ 167,04	4,02	R\$ 97,29	23,77	R\$ 575,22							3,77	R\$ 91,30			2,18	R\$ 197,58	94	R\$ 2.769,34		
0205070046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95		0,00	R\$ -	95,04	R\$ 3.606,77	105,70	R\$ 4.011,32	117,12	R\$ 4.444,70	89,10	R\$ 3.381,35	58,88	R\$ 2.234,50	216,00	R\$ 8.137,20							105,00	R\$ 3.984,75			106,72	R\$ 4.049,85	894	R\$ 33.910,83		
0205070054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20		68,80	R\$ 1.664,96	91,80	R\$ 2.271,56	34,30	R\$ 830,06	99,84	R\$ 2.416,13	96,70	R\$ 1.374,14	28,52	R\$ 690,18	29,90	R\$ 2.417,58							55,98	R\$ 1.354,71			23,25	R\$ 565,08		R\$ 11.665,69		
0205070062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20		0,94	R\$ 22,82	214,92	R\$ 5.201,06	6,19	R\$ 249,84	0,00	R\$ -	49,65	R\$ 1.201,48	32,29	R\$ 779,24	56,18	R\$ 1.359,62							23,25	R\$ 565,08			1,22	R\$ 29,61		R\$ 722,18		
0205070076 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20		0,00	R\$ -	5,71	R\$ 138,10	0,00	R\$ -	0,40	R\$ 9,69	1,57	R\$ 38,10	1,90	R\$ 46,02	18,00	R\$ 435,60							39,56	R\$ 957,42			83,72	R\$ 2.026,02	538	R\$ 13.020,04		
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20		67,94	R\$ 1.644,15	70,62	R\$ 1.720,03	39,20	R\$ 948,64	56,64	R\$ 1.370,69	345,80	R\$ 3.528,35	25,53	R\$ 617,83	9,00	R\$ 217,83							22,23	R\$ 537,93			28,43	R\$ 687,92	234	R\$ 5.679,74		
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20		36,89	R\$ 894,92	82,08	R\$ 1.986,34	16,17	R\$ 391,24	16,18	R\$ 391,53	5,45	R\$ 131,87	22,08	R\$ 534,34	4,86	R\$ 117,66							0,20	R\$ 4,94			0,78	R\$ 18,80	2	R\$ 42,62		
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20		0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,24	R\$ 5,81	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,54	R\$ 13,07							0,20	R\$ 4,94			28,53	R\$ 690,42	220	R\$ 5.318,20		
0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20		46,44	R\$ 1.123,85	42,12	R\$ 1.019,30	21,67	R\$ 524,43	19,70	R\$ 476,81	0,00	R\$ -	21,62	R\$ 523,27	3,78	R\$ 91,51							35,89	R\$ 868,59			0,00	R\$ -	2	R\$ 48,42		
0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20		0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,38	R\$ 9,20	1,62	R\$ 39,22							0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	2	R\$ 48,42		
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20		253,70	R\$ 6.139,54	99,36	R\$ 2.404,51	157,50	R\$ 3.811,50	213,12	R\$ 5.157,50	437,40	R\$ 10.585,08	324,78	R\$ 7.859,19	218,70	R\$ 5.297,54							100,10	R\$ 2.422,42			238,28	R\$ 5.766,38	2043	R\$ 49.418,66		
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60		0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	450,90	R\$ 17.855,64	0,76	R\$ 80,12	1,08	R\$ 42,79							0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	453	R\$ 17.918,54		
0205070160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20		27,48	R\$ 664,94	28,36	R\$ 686,20	22,87	R\$ 553,57	25,63	R\$ 620,24	59,21	R\$ 1.432,98	18,47	R\$ 447,02	13,51	R\$ 326,83							18,05	R\$ 436,76			18,54	R\$ 448,59	232	R\$ 5.617,13		
0205020178 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20		0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	55,82	R\$ 1.350,93	4,78	R\$ 315,70	0,00	R\$ -							0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	61	R\$ 1.456,63		
0205020188 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20		254,56	R\$ 6.160,35	182,52	R\$ 4.416,58	210,00	R\$ 5.082,00	288,00	R\$ 6.969,60	854,00	R\$ 20.908,80	203,32	R\$ 4.926,34	125,10	R\$ 3.027,42							210,70	R\$ 5.094,94			162,84	R\$ 3.931,80	1201	R\$ 60.530,24		
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA	R\$ 63,80		17,20	R\$ 1.097,36	21,80	R\$ 1.378,08	34,00	R\$ 893,20	19,20	R\$ 1.324,96	54,00	R\$ 3.445,20	18,40	R\$ 1.173,32	18,00	R\$ 1.148,40							54,00	R\$ 893,20			18,40	R\$ 1.173,32	135	R\$ 13.438,74		
TOTAL ULTRASSONOGRAFIA			860	R\$ 22.810,48	1.080	R\$ 29.954,37	700	R\$ 20.026,07	940	R\$ 27.069,53	2.700	R\$ 82.693,27	820	R\$ 26.405,28	900	R\$ 25.718,06							700	R\$ 20.017,56			920	R\$ 25.880,20	8.740	R\$ 281.733,33		
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSORAL	R\$ 39,54										144	R\$ 5.751,36	96	R\$ 3.834,24	60	R\$ 2.396,40													300	R\$ 11.982,00		
TOTAL ECOCARDIOGRAFIA											144	R\$ 5.751,36	96	R\$ 3.834,24	60	R\$ 2.396,40														300	R\$ 11.982,00	
0204030030 MAMOGRAFIA	R\$ 22,50					3,54	R\$ 79,58				16,82	R\$ 378,49											53,05	R\$ 1.193,62			3,55	R\$ 79,89	4,52	R\$ 101,80	81	R\$ 1.833,48
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA BASTAMENTO	R\$ 45,00					1196,46	R\$ 53.840,65				1711,18	R\$ 77.003,01											843,95	R\$ 37.977,77			1196,45	R\$ 53.840,21	892,48	R\$ 40.161,41	5841	R\$ 262.823,04
TOTAL MAMOGRAFIA						1.200	R\$ 53.920,23				1.728	R\$ 77.381,51											897	R\$ 38.171,38			1.200	R\$ 53.920,11	897	R\$ 40.263,20	5.922	R\$ 264.656,52
0204060028 DENSITOMETRIA OSSA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	R\$ 55,10										300	R\$ 16.530,00																300	R\$ 16.530,00			
TOTAL DENSITOMETRIA											300	R\$ 16.530,00																300	R\$ 16.530,00			
<b>TOTAL LOTE 01 &gt;&gt;&gt;&gt;</b>																																
<b>32.323 R\$ 698.640,14</b>																																

*dup*

*[Handwritten signature]*





**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 02	VALOR UNITÁRIO	CR DST/AIDS STO AMARO		HM C LIMPO		UBS / IMTSUTANI		TOTAL	
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$
0204010033 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,00	R\$ -	0,98	R\$ 8,19			1	R\$ 8,19
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP + OBLIQUAS)	R\$ 6,96	0,08	R\$ 0,53	8,67	R\$ 60,34			9	R\$ 60,86
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	0,38	R\$ 3,17	31,99	R\$ 268,08			32	R\$ 271,25
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	37,02	R\$ 254,67	84,37	R\$ 580,48			121	R\$ 835,15
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	0,30	R\$ 2,77	4,40	R\$ 40,22			5	R\$ 42,99
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	19,00	R\$ 142,88	79,12	R\$ 595,00			98	R\$ 737,88
0204010110 RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	0,23	R\$ 1,64	29,91	R\$ 215,39			30	R\$ 217,02
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (VN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,98	R\$ 8,25	82,54	R\$ 691,69			84	R\$ 699,94
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (VN + VN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,31	81,68	R\$ 597,88	225,03	R\$ 1.647,24			307	R\$ 2.245,12
0204010152 RADIOGRAFIA DE SELA TUÍRICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	1,06	R\$ 7,63	3,91	R\$ 28,13			5	R\$ 35,76
0204010179 RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 9,03	0,08	R\$ 0,68	0,00	R\$ -			0	R\$ 0,68
0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 1,75	3,33	R\$ 5,83	0,00	R\$ -			3	R\$ 5,83
0204020026 PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 19,60	0,08	R\$ 1,48	0,00	R\$ -			0	R\$ 1,48
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TD + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	0,83	R\$ 6,94	0,00	R\$ -			1	R\$ 6,94
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TD / FLEXAD)	R\$ 8,19	107,79	R\$ 882,83	333,09	R\$ 2.728,03			441	R\$ 3.610,86
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	0,08	R\$ 0,78	0,00	R\$ -			0	R\$ 0,78
0204020069 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	244,12	R\$ 2.675,61	615,64	R\$ 6.747,37			850	R\$ 9.422,98
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	0,08	R\$ 1,13	0,00	R\$ -			0	R\$ 1,13
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	78,65	R\$ 720,43	198,42	R\$ 1.817,48			277	R\$ 2.537,91
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	1,89	R\$ 18,41	14,53	R\$ 141,38			16	R\$ 159,79
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	2,04	R\$ 15,94	9,16	R\$ 71,43			11	R\$ 87,37
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	4,24	R\$ 35,48	36,87	R\$ 308,64			41	R\$ 344,12
0204030099 RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	0,45	R\$ 3,62	0,37	R\$ 2,92			1	R\$ 6,55
0204030129 RADIOGRAFIA DE TORAX (AP/CO-LORDOTICA)	R\$ 5,56	0,00	R\$ -	1,10	R\$ 6,11			1	R\$ 6,11
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	363,05	R\$ 3.448,94	1064,36	R\$ 10.111,42			1.427	R\$ 13.560,35
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	134,89	R\$ 928,06	1404,41	R\$ 9.662,36			1.539	R\$ 10.590,42
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	5,15	R\$ 33,05	188,16	R\$ 1.207,98			193	R\$ 1.241,02
0204040027 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,45	R\$ 3,35	0,61	R\$ 4,52			1	R\$ 7,88
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	0,15	R\$ 1,12	12,33	R\$ 91,26			12	R\$ 92,38
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,08	R\$ 0,56	0,85	R\$ 6,32			1	R\$ 6,89
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	5,75	R\$ 44,70	133,95	R\$ 1.040,76			140	R\$ 1.085,46
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	1,82	R\$ 13,44	82,66	R\$ 611,70			84	R\$ 625,15
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	13,63	R\$ 80,39	236,63	R\$ 1.396,13			250	R\$ 1.476,53
0204040086 RADIOGRAFIA DE DEPOS DA MAO	R\$ 5,62	1,44	R\$ 8,08	56,66	R\$ 318,40			58	R\$ 326,48
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	60,10	R\$ 378,65	452,87	R\$ 2.853,11			513	R\$ 3.231,77
0204040108 RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	27,40	R\$ 164,42	37,73	R\$ 226,38			65	R\$ 390,79
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULO-UMERO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	272,06	R\$ 2.171,02	346,89	R\$ 2.768,19			619	R\$ 4.939,20
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	23,84	R\$ 164,77	386,09	R\$ 2.667,85			410	R\$ 2.832,62
0204050014 CLUSTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76	0,00	R\$ -	21,37	R\$ 1.020,53			21	R\$ 1.020,53
0204050057 FISTULOGRAFIA	R\$ 45,34	0,00	R\$ -	0,12	R\$ 5,54			0	R\$ 5,54
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	3,56	R\$ 38,18	158,98	R\$ 1.705,82			163	R\$ 1.743,99
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 15,30	0,53	R\$ 8,11	18,32	R\$ 280,22			19	R\$ 288,33
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	4,92	R\$ 35,28	125,28	R\$ 898,23			130	R\$ 933,51
0204050146 RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,32	0,00	R\$ -	21,98	R\$ 774,08			22	R\$ 774,08
0204050154 RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 47,59	0,00	R\$ -	5,01	R\$ 238,24			5	R\$ 238,24
0204050189 UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40	0,00	R\$ -	32,97	R\$ 1.892,33			33	R\$ 1.892,33
0204060035 ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	0,00	R\$ -	38,83	R\$ 301,70			39	R\$ 301,70
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	61,16	R\$ 475,24	175,34	R\$ 1.362,38			237	R\$ 1.837,62
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	0,23	R\$ 1,76	1,47	R\$ 11,38			2	R\$ 13,15
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	40,35	R\$ 262,25	452,63	R\$ 2.942,10			493	R\$ 3.204,35
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	24,68	R\$ 191,74	600,74	R\$ 4.667,75			625	R\$ 4.859,49
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	187,12	R\$ 1.216,31	103,42	R\$ 672,23			291	R\$ 1.688,54
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	12,64	R\$ 113,02	143,23	R\$ 1.280,43			156	R\$ 1.393,45
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	248,82	R\$ 1.686,99	1051,42	R\$ 7.128,61			1.300	R\$ 8.815,59
0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	3,03	R\$ 21,68	14,29	R\$ 102,29			17	R\$ 123,97
0204060150 RADIOGRAFIA DE PÉ / DEPOS DO PÉ	R\$ 6,78	99,92	R\$ 677,46	530,65	R\$ 3.597,83			631	R\$ 4.275,29
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	18,70	R\$ 167,15	339,69	R\$ 3.036,80			358	R\$ 3.203,95
0204060176 RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29	0,15	R\$ 1,41	0,00	R\$ -			0	R\$ 1,41
TOTAL RADIOGRAFIA		2.200	R\$ 17.725,72	10.000	R\$ 80.842,58	0	0	12.200	R\$ 98.568,70



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 02	VALOR UNITÁRIO	CR DST/AIDS STO AMARO		HM CLIMPO		UBS J MITSUTANI		TOTAL	
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$
0205010040 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60	144,00	R\$ 5.702,40	604,80	R\$ 23.950,08	####	###	869	R\$ 34.404,48
0205010059 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	0,00	R\$ -	39,93	R\$ 1.712,97	0,39	###	40	R\$ 1.729,74
0205020038 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	28,67	R\$ 693,71	50,24	R\$ 1.215,76	28,44	###	107	R\$ 2.597,80
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	304,42	R\$ 11.552,59	815,81	R\$ 30.960,09	90,51	###	1.211	R\$ 45.947,56
0205020054 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20	43,54	R\$ 1.053,63	313,30	R\$ 7.581,92	90,90	###	448	R\$ 10.835,36
0205020062 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	38,26	R\$ 925,91	464,54	R\$ 11.241,82	####	###	708	R\$ 17.124,86
0205020070 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	27,53	R\$ 666,30	16,13	###	44	R\$ 1.056,59
0205020097 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	149,76	R\$ 3.624,19	584,85	R\$ 14.153,33	63,24	###	798	R\$ 19.307,93
0205020100 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	33,10	R\$ 801,10	76,21	R\$ 1.844,16	26,64	###	136	R\$ 3.289,96
0205020119 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,10	###	0	R\$ 2,37
0205020127 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	37,42	R\$ 905,60	141,97	R\$ 3.435,70	48,48	###	228	R\$ 5.514,54
0205020135 ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	4,44	R\$ 107,37	0,00	###	4	R\$ 107,37
0205020143 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20	30,22	R\$ 731,44	361,97	R\$ 8.759,78	####	###	533	R\$ 12.903,42
0205020151 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSAO	R\$ 39,60	0,00	R\$ -	225,88	R\$ 8.944,66	0,10	###	226	R\$ 8.948,53
0205020160 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	21,11	R\$ 510,85	53,11	R\$ 1.285,23	38,90	###	113	R\$ 2.737,51
0205020178 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	3,39	R\$ 82,10	4,11	###	7	R\$ 181,45
0205020185 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	580,75	R\$ 14.054,20	2159,14	R\$ 52.251,09	####	###	3.042	R\$ 73.620,47
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 63,80	28,80	R\$ 1.837,44	120,96	R\$ 7.717,25	24,00	###	174	R\$ 11.085,89
TOTAL ULTRASSONOGRRAFIA		1.440	R\$ 42.393,05	6.048	R\$ 175.909,61	1.200	###	8.688	R\$ 251.395,82
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			236,08	R\$ 20.482,37			236	R\$ 20.482,37
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10			146,33	R\$ 14.794,26			146	R\$ 14.794,26
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			39,89	R\$ 3.460,68			40	R\$ 3.460,68
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75			166,28	R\$ 14.424,52			166	R\$ 14.424,52
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 86,75			25,05	R\$ 2.172,73			25	R\$ 2.172,73
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44			1,16	R\$ 112,98			1	R\$ 112,98
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44			984,21	R\$ 95.901,52			984	R\$ 95.901,52
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75			38,96	R\$ 3.379,80			39	R\$ 3.379,80
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERN	R\$ 86,75			16,23	R\$ 1.408,25			16	R\$ 1.408,25
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41			170,92	R\$ 23.314,52			171	R\$ 23.314,52
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63			273,42	R\$ 37.903,90			273	R\$ 37.903,90
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75			49,86	R\$ 4.325,35			50	R\$ 4.325,35
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63			251,62	R\$ 34.881,87			252	R\$ 34.881,87
TOTAL TOMOGRAFIA		0	0	2.400	R\$ 256.562,77	0	0	2.400	R\$ 256.562,77
0207010013 ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 268,75			30,55	R\$ 8.209,57			31	R\$ 8.209,57
0207010021 RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75			2,38	R\$ 639,44			2	R\$ 639,44
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 268,75			66,24	R\$ 17.801,16			66	R\$ 17.801,16
0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75			220,89	R\$ 59.364,69			221	R\$ 59.364,69
0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75			26,48	R\$ 7.116,34			26	R\$ 7.116,34
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75			271,01	R\$ 72.834,16			271	R\$ 72.834,16
0207010072 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75			23,56	R\$ 6.332,51			24	R\$ 6.332,51
0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75			107,99	R\$ 29.022,28			108	R\$ 29.022,28
0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75			6,98	R\$ 1.877,06			7	R\$ 1.877,06
0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75			34,77	R\$ 9.344,06			35	R\$ 9.344,06
0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75			45,28	R\$ 12.169,97			45	R\$ 12.169,97
0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75			160,49	R\$ 43.131,19			160	R\$ 43.131,19
0207030049 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 268,75			3,38	R\$ 907,59			3	R\$ 907,59
TOTAL RESSONANCIA MAGNETICA		0	0	1.000	R\$ 268.750,00	0	0	1.000	R\$ 268.750,00
0204030030 MAMOGRAFIA	R\$ 22,50			188,82	R\$ 4.248,51			189	R\$ 4.248,51
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00			3267,18	R\$ 147.022,99			3.267	R\$ 147.022,99
TOTAL MAMOGRAFIA		0	0	3.456	R\$ 151.271,49	0	0	3.456	R\$ 151.271,49
<b>TOTAL LOTE 02 &gt;&gt;&gt;</b>				<b>27.744</b>	<b>R\$ 1.026.548,79</b>				



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

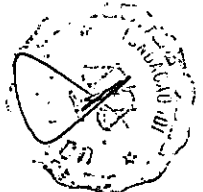
PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 03	VALOR UNITÁRIO	AE JOSÉ BONIFÁCIO IV		HM ERMELINO MATARAZZO		HM WALDOMIRO DE PAULA		HM TIDE SETUBAL		HD RHC SÃO MIGUEL PAULISTA		TOTAL		
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	
0204010039 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,00	R\$ -	2,19	R\$ 18,34	0,18	R\$ 1,54	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	2	R\$ 19,87	
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP + OBLIQUAS)	R\$ 6,96	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,16	R\$ 1,12	0,00	R\$ -	0	R\$ 1,12	
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	0,00	R\$ -	2,38	R\$ 19,93	7,98	R\$ 66,83	5,97	R\$ 50,00	0,00	R\$ -	16	R\$ 136,76	
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	0,00	R\$ -	14,56	R\$ 100,15	4,86	R\$ 33,43	6,37	R\$ 43,82	0,00	R\$ -	26	R\$ 177,40	
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA + BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	0,00	R\$ -	0,19	R\$ 1,74	0,09	R\$ 0,84	0,16	R\$ 1,48	0,00	R\$ -	0	R\$ 4,06	
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	0,00	R\$ -	199,04	R\$ 1.496,81	308,65	R\$ 2.321,06	434,00	R\$ 3.263,68	0,00	R\$ -	942	R\$ 7.081,54	
0204010101 RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	0,00	R\$ -	0,48	R\$ 4,30	26,77	R\$ 241,71	0,24	R\$ 2,18	0,00	R\$ -	27	R\$ 248,19	
0204010110 RADIOGRAFIA DE MAXILAS (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,28	R\$ 1,98	0,81	R\$ 5,80	0,00	R\$ -	1	R\$ 7,78	
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,00	R\$ -	154,99	R\$ 1.298,83	46,11	R\$ 386,40	53,37	R\$ 447,27	0,00	R\$ -	254	R\$ 2.132,50	
0204010136 RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHOS)	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	0,48	R\$ 3,80	0,18	R\$ 1,46	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	1	R\$ 5,26	
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,37	0,00	R\$ -	474,87	R\$ 3.476,04	365,85	R\$ 2.678,05	232,20	R\$ 1.699,68	0,00	R\$ -	1.073	R\$ 7.853,78	
0204010152 RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	0,00	R\$ -	0,10	R\$ 0,69	0,09	R\$ 0,66	0,64	R\$ 4,64	0,00	R\$ -	1	R\$ 5,99	
0204010179 RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 9,03	0,00	R\$ -	0,19	R\$ 1,72	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 1,72	
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL (AP + LATERAL + TD + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	0,00	R\$ -	0,29	R\$ 2,38	1,38	R\$ 11,45	0,73	R\$ 6,04	0,00	R\$ -	2	R\$ 19,88	
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL (AP + LATERAL + TD / FLEXÃO)	R\$ 8,19	0,00	R\$ -	307,79	R\$ 2.520,84	168,03	R\$ 1.376,17	189,14	R\$ 1.549,09	0,00	R\$ -	665	R\$ 5.446,10	
0204020059 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	0,00	R\$ -	452,80	R\$ 4.962,64	355,49	R\$ 3.896,22	311,45	R\$ 3.413,50	0,00	R\$ -	1.120	R\$ 12.272,37	
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	0,00	R\$ -	0,10	R\$ 1,42	0,73	R\$ 10,93	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	1	R\$ 12,34	
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	0,00	R\$ -	131,11	R\$ 1.200,97	90,75	R\$ 831,30	85,48	R\$ 782,83	0,00	R\$ -	307	R\$ 2.815,09	
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORÁCICA OMBRAR	R\$ 9,73	0,00	R\$ -	3,43	R\$ 33,33	7,70	R\$ 74,92	5,08	R\$ 49,42	0,00	R\$ -	16	R\$ 157,67	
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$ 7,80	0,00	R\$ -	18,84	R\$ 146,94	17,88	R\$ 139,43	8,95	R\$ 69,80	0,00	R\$ -	46	R\$ 356,18	
0204030064 RADIOGRAFIA DE CIRCUNDAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 9,05	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,09	R\$ 0,83	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 0,83	
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	0,00	R\$ -	147,28	R\$ 1.232,77	98,73	R\$ 826,36	99,49	R\$ 832,73	0,00	R\$ -	345	R\$ 2.891,86	
0204030080 RADIOGRAFIA DE ESÓFAGO	R\$ 19,24	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	13,11	R\$ 252,21	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	13	R\$ 252,21	
0204030099 RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	0,86	R\$ 6,83	2,29	R\$ 18,29	0,40	R\$ 3,22	0,00	R\$ -	4	R\$ 28,34	
0204030179 RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 5,56	0,00	R\$ -	0,10	R\$ 0,53	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 0,53	
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	0,00	R\$ -	0,38	R\$ 4,57	0,55	R\$ 6,61	4,43	R\$ 53,30	0,00	R\$ -	5	R\$ 64,49	
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	0,00	R\$ -	848,69	R\$ 8.062,60	777,18	R\$ 7.383,16	567,75	R\$ 5.393,67	0,00	R\$ -	2.194	R\$ 20.839,43	
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	0,00	R\$ -	2800,31	R\$ 19.256,14	2244,53	R\$ 15.442,37	1894,67	R\$ 13.035,30	0,00	R\$ -	6.940	R\$ 47.743,82	
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTERRAÇO	R\$ 6,42	0,00	R\$ -	196,00	R\$ 1.258,31	182,15	R\$ 1.169,39	144,48	R\$ 927,55	0,00	R\$ -	523	R\$ 3.355,25	
0204040037 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	1,71	R\$ 12,67	0,18	R\$ 1,36	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	2	R\$ 14,63	
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	377,44	R\$ 2.793,06	4,49	R\$ 33,24	219,78	R\$ 1.626,38	0,00	R\$ -	602	R\$ 4.452,68	
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	25,69	R\$ 190,10	0,28	R\$ 2,04	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	26	R\$ 192,14	
0204040051 RADIOGRAFIA DE BÍACIO	R\$ 7,77	0,00	R\$ -	110,46	R\$ 858,30	90,20	R\$ 700,68	78,85	R\$ 612,67	0,00	R\$ -	280	R\$ 2.171,85	
0204040050 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	60,99	R\$ 451,31	61,33	R\$ 453,82	38,14	R\$ 282,20	0,00	R\$ -	160	R\$ 1.187,33	
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	0,00	R\$ -	284,67	R\$ 1.679,58	236,78	R\$ 1.397,02	162,30	R\$ 957,55	0,00	R\$ -	684	R\$ 4.034,14	
0204040086 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 5,62	0,00	R\$ -	200,57	R\$ 1.127,18	176,56	R\$ 992,24	89,65	R\$ 503,86	0,00	R\$ -	467	R\$ 2.673,28	
0204040094 RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 6,00	0,00	R\$ -	501,22	R\$ 3.157,71	365,76	R\$ 2.304,30	306,94	R\$ 1.933,70	0,00	R\$ -	1.174	R\$ 7.396,71	
0204040108 RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE E OSSA)	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	8,18	R\$ 49,09	2,11	R\$ 12,65	5,89	R\$ 35,31	0,00	R\$ -	16	R\$ 97,06	
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULO/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	18,93	R\$ 151,09	310,39	R\$ 2.476,94	26,61	R\$ 212,32	0,00	R\$ -	356	R\$ 2.840,35	
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 5,91	0,00	R\$ -	517,55	R\$ 3.541,70	478,88	R\$ 3.309,08	261,95	R\$ 1.810,06	0,00	R\$ -	1.253	R\$ 8.650,83	
0204050022 COLAN GIGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 32,61	0,00	R\$ -	6,47	R\$ 210,98	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	6	R\$ 210,98	
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	3,75	R\$ 40,28	246,24	R\$ 2.642,11	157,03	R\$ 1.684,93	242,95	R\$ 1.533,82	120,40	R\$ 1.291,94	670	R\$ 7.193,07	
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 15,30	0,23	R\$ 3,48	13,70	R\$ 209,62	22,55	R\$ 345,03	5,64	R\$ 86,35	0,18	R\$ 2,75	42	R\$ 647,23	
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	28,67	R\$ 205,54	225,30	R\$ 1.615,43	309,20	R\$ 2.216,98	245,50	R\$ 1.760,24	136,22	R\$ 976,69	945	R\$ 6.774,86	
0204050146 RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,22	0,00	R\$ -	0,10	R\$ 3,35	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 3,35	
0204050189 UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40	0,00	R\$ -	0,10	R\$ 5,46	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 5,46	
0204060036 ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	0,57	R\$ 4,42	7,23	R\$ 56,19	1,28	R\$ 9,97	1,69	R\$ 13,16	6,65	R\$ 51,66	17	R\$ 135,40	
0204060050 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	25,03	R\$ 194,45	155,94	R\$ 1.211,68	101,57	R\$ 789,20	67,64	R\$ 525,59	71,70	R\$ 557,14	422	R\$ 3.278,05	
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	R\$ 7,77	0,23	R\$ 1,77	1,33	R\$ 10,35	0,18	R\$ 1,42	0,32	R\$ 2,51	1,80	R\$ 13,96	4	R\$ 30,01	
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TARSICA	R\$ 6,50	106,82	R\$ 694,30	724,82	R\$ 4.711,30	644,71	R\$ 4.190,63	381,92	R\$ 2.482,46	121,12	R\$ 787,30	1.979	R\$ 12.865,99	
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	121,60	R\$ 944,85	399,32	R\$ 3.102,75	250,99	R\$ 1.950,20	174,07	R\$ 1.352,50	117,17	R\$ 910,41	1.063	R\$ 8.260,72	
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCÂNIO	R\$ 6,50	14,67	R\$ 95,38	73,26	R\$ 476,20	62,15	R\$ 403,99	49,29	R\$ 313,91	87,86	R\$ 571,20	286	R\$ 1.860,68	
0204060117 RADIOGRAFIA DE CAXA	R\$ 8,94	11,43	R\$ 102,71	143,29	R\$ 1.281,00	85,25	R\$ 762,16	73,85	R\$ 606,23	27,85	R\$ 249,02	342	R\$ 3.055,13	
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	458,66	R\$ 3.109,70	699,89	R\$ 4.745,24	475,67	R\$ 3.225,07	416,02	R\$ 2.820,62	429,68	R\$ 2.913,24	2.480	R\$ 16.813,87	
0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	8,53	R\$ 61,09	3,43	R\$ 24,52	1,47	R\$ 10,50	4,19	R\$ 30,02	6,47	R\$ 46,32	24	R\$ 172,45	
0204060141 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	0,00	R\$ -	0,76	R\$ 7,07	0,00	R\$ -	0,40	R\$ 3,74	0,00	R\$ -	1	R\$ 10,82	
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	74,96	R\$ 508,25	793,89	R\$ 5.382,58	735,56	R\$ 4.987,08	460,61	R\$ 3.122,90	263,81	R\$ 1.788,64	2.329	R\$ 15.789,46	
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	19,73	R\$ 176,95	245,09	R\$ 1.191,14	203,78	R\$ 1.821,81	140,77	R\$ 1.258,48	49,06	R\$ 438,60	658	R\$ 5.886,98	
TOTAL RADIOGRAFIA			R\$ 875	R\$ 6.143,19	R\$ 11.600	R\$ 87.021,40	R\$ 9.500	R\$ 71.256,13	R\$ 7.400	R\$ 55.577,29	R\$ 1.440	R\$ 10.588,87	R\$ 30.815	R\$ 230.596,48

*emp*

*ju*

*ju*





**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 03	VALOR UNITÁRIO	AE JOSÉ BONIFÁCIO IV		HM EMELINO MATARAZZO		HM WALDOMIRO DE PAULA		HM TIDE SETUBAL		HD RHC S. MIGUEL PAULISTA		TOTAL	
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60	200,00	R\$ 7.920,00	288,00	R\$ 11.404,80	160,00	R\$ 6.336,00	120,00	R\$ 4.752,00	200,00	R\$ 7.920,00	968	R\$ 38.332,80
0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	0,38	R\$ 16,12	80,91	R\$ 3.470,97	26,31	R\$ 1.128,85	11,44	R\$ 490,89	12,82	R\$ 550,08	132	R\$ 5.656,91
0205020020 PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 14,81	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	200,00	R\$ 2.962,00	200	R\$ 2.962,00
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	12,78	R\$ 309,27	112,83	R\$ 2.730,37	16,42	R\$ 397,43	4,31	R\$ 104,21	7,41	R\$ 179,28	154	R\$ 3.720,56
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	144,80	R\$ 5.495,30	421,39	R\$ 15.991,85	267,36	R\$ 10.145,31	233,04	R\$ 8.843,87	70,95	R\$ 2.692,56	1.138	R\$ 43.169,89
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20	190,66	R\$ 4.613,96	204,78	R\$ 4.955,72	100,31	R\$ 2.427,48	82,07	R\$ 1.986,02	50,72	R\$ 1.227,41	629	R\$ 15.210,59
0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	211,80	R\$ 5.125,56	160,59	R\$ 3.886,25	160,00	R\$ 3.872,00	116,39	R\$ 2.816,76	157,00	R\$ 3.799,46	805	R\$ 19.500,03
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	14,10	R\$ 341,10	25,44	R\$ 615,75	10,36	R\$ 250,65	10,09	R\$ 244,16	5,41	R\$ 131,02	65	R\$ 1.582,68
0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	123,95	R\$ 2.999,57	124	R\$ 2.999,57
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	180,20	R\$ 4.360,84	139,83	R\$ 3.383,93	80,00	R\$ 1.936,00	48,00	R\$ 1.161,60	300,00	R\$ 7.260,00	748	R\$ 18.102,37
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	117,65	R\$ 2.847,06	60,71	R\$ 1.469,16	23,79	R\$ 575,82	24,36	R\$ 589,55	20,60	R\$ 498,52	247	R\$ 5.980,11
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,65	R\$ 15,81	0,12	R\$ 2,98	0,00	R\$ -	1	R\$ 18,78
0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	28,75	R\$ 695,85	71,87	R\$ 1.739,23	45,82	R\$ 1.108,74	4,68	R\$ 113,15	5,98	R\$ 144,81	157	R\$ 3.801,76
0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	2,12	R\$ 51,31	1,87	R\$ 45,16	4,55	R\$ 110,17	0,28	R\$ 6,90	9	R\$ 213,54
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20	474,00	R\$ 11.470,80	640,22	R\$ 15.493,42	368,00	R\$ 8.905,60	276,00	R\$ 6.679,20	440,00	R\$ 10.648,00	2.198	R\$ 53.197,02
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,47	R\$ 18,48	0,12	R\$ 4,87	0,00	R\$ -	1	R\$ 23,35
0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	46,70	R\$ 1.130,18	53,79	R\$ 1.301,72	21,09	R\$ 510,34	21,53	R\$ 521,07	4,84	R\$ 117,22	148	R\$ 3.580,53
0205020178 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANLA	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	8,48	R\$ 205,25	4,67	R\$ 112,91	3,32	R\$ 80,39	0,00	R\$ -	16	R\$ 398,55
0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	338,20	R\$ 8.184,44	551,52	R\$ 13.346,67	280,96	R\$ 6.799,23	216,00	R\$ 5.227,20	360,00	R\$ 8.712,00	1.747	R\$ 42.269,55
ULTRASSONOGRAFIA OBATÉTRICA MORFOLÓGICA		40,00	R\$ -	57,60	R\$ -	32,00	R\$ -	24,00	R\$ -	40,00	R\$ -	194	R\$ -
TOTAL ULTRASSONOGRAFIA		2.000	R\$ 52.510,48	2.880	R\$ 80.046,40	1.600	R\$ 44.588,80	1.200	R\$ 33.728,00	2.000	R\$ 49.848,83	9.680	R\$ 260.720,61
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			82,89	R\$ 7.191,44	11,17	R\$ 968,73	17,90	R\$ 1.552,64			112	R\$ 9.712,81
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10			87,18	R\$ 8.813,73	24,41	R\$ 2.467,70	21,57	R\$ 2.181,03			133	R\$ 13.462,46
0206010035 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			21,68	R\$ 1.880,84	4,41	R\$ 382,99	4,90	R\$ 425,38			31	R\$ 2.689,21
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75			59,82	R\$ 5.189,31	12,20	R\$ 1.058,72	13,12	R\$ 1.137,76			85	R\$ 7.385,79
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75			2,78	R\$ 241,36	2,08	R\$ 180,21	1,72	R\$ 148,87			7	R\$ 570,44
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCA	R\$ 97,44			0,23	R\$ 22,59	0,00	R\$ -	0,25	R\$ 23,89			0	R\$ 46,48
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44			836,77	R\$ 81.535,12	227,47	R\$ 22.164,37	261,57	R\$ 25.487,68			1.326	R\$ 129.187,16
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75			15,42	R\$ 1.337,56	4,93	R\$ 427,99	4,04	R\$ 350,90			24	R\$ 2.116,45
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERN)	R\$ 86,75			0,46	R\$ 40,23	0,52	R\$ 45,05	0,25	R\$ 21,27			1	R\$ 106,55
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41			65,15	R\$ 8.887,37	35,05	R\$ 4.781,83	33,22	R\$ 4.531,21			133	R\$ 18.200,40
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63			144,10	R\$ 19.976,48	54,53	R\$ 7.559,45	54,79	R\$ 7.595,62			253	R\$ 35.131,55
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75			34,55	R\$ 2.996,93	14,80	R\$ 1.283,98	9,81	R\$ 850,66			59	R\$ 5.131,57
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63			148,97	R\$ 20.651,47	58,42	R\$ 8.099,42	56,87	R\$ 7.884,49			264	R\$ 36.635,37
TOTAL TOMOGRAFIA				1.500	R\$ 158.764,41	450	R\$ 49.420,44	480	R\$ 52.191,40			2.430	R\$ 260.376,25
0207010013 ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 268,75			29,46	R\$ 7.916,67							29	R\$ 7.916,67
0207010021 RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75			1,21	R\$ 325,34							1	R\$ 325,34
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 268,75			89,68	R\$ 24.102,45							90	R\$ 24.102,45
0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75			288,32	R\$ 77.485,73							288	R\$ 77.485,73
0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75			15,84	R\$ 4.256,56							16	R\$ 4.256,56
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75			93,82	R\$ 25.214,04							94	R\$ 25.214,04
0207010072 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCA	R\$ 268,75			8,37	R\$ 2.250,29							8	R\$ 2.250,29
0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75			108,95	R\$ 29.280,82							109	R\$ 29.280,82
0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75			2,82	R\$ 759,13							3	R\$ 759,13
0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75			16,54	R\$ 4.445,35							17	R\$ 4.445,35
0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75			26,53	R\$ 7.130,42							27	R\$ 7.130,42
0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75			265,42	R\$ 71.331,34							265	R\$ 71.331,34
0207030049 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 268,75			3,03	R\$ 813,36							3	R\$ 813,36
TOTAL RESSONANCIA MAGNETICA				950	R\$ 255.312,50							950	R\$ 255.312,50
0204030030 MAMOGRAFIA	R\$ 22,50	375,36	R\$ 8.445,51							189,70	R\$ 4.268,26	565	R\$ 12.713,77
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00	824,64	R\$ 37.108,99							1250,30	R\$ 56.263,47	2.075	R\$ 93.372,45
TOTAL MAMOGRAFIA		1.200	R\$ 45.554,49							1.440	R\$ 60.531,74	2.640	R\$ 106.086,23
0205010037 ECGCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 39,94					130,00	R\$ 5.192,20					130	R\$ 5.192,20
TOTAL ECGCARDIOGRAFIA						130	R\$ 5.192,20					130	R\$ 5.192,20
<b>TOTAL LOTE 03 &gt;&gt;&gt;</b>												<b>46.645</b>	<b>R\$ 1.118.284,67</b>



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

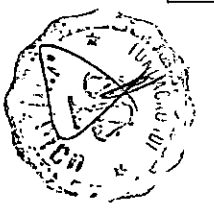
ESTIMATIVAS LOTE 04	VALOR UNITÁRIO	HM ID IVY - BENEDITO MONTENEGRO		HM SABOYA		HM ALEXANDRE ZAO		UBS DR. GERALDO DA SELVA FERREIRA		UPA VISTA CATARINA		TOTAL		
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	
		0204010039 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	3,44	R\$ 28,83	3,45	R\$ 28,94	0,45	R\$ 3,79			0,34	R\$ 2,86	8
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96	0,86	R\$ 5,99	6,38	R\$ 44,37	0,68	R\$ 4,73			2,73	R\$ 19,02	11	R\$ 74,10	
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	1,94	R\$ 16,22	22,58	R\$ 189,21	0,15	R\$ 1,26			4,44	R\$ 37,21	29	R\$ 243,90	
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	3,76	R\$ 25,89	14,26	R\$ 98,08	1,21	R\$ 8,30			0,00	R\$ -	19	R\$ 132,27	
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BREYTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	0,00	R\$ -	7,00	R\$ 64,01	0,83	R\$ 7,59			1,37	R\$ 12,50	9	R\$ 84,10	
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	226,94	R\$ 1.705,55	419,53	R\$ 3.154,87	73,48	R\$ 552,58			118,86	R\$ 893,83	839	R\$ 6.307,83	
0204010101 RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,68			1,37	R\$ 12,34	1	R\$ 13,02	
0204010110 RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	0,75	R\$ 5,42	0,18	R\$ 1,28	1,21	R\$ 8,69			0,68	R\$ 4,92	3	R\$ 20,30	
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	42,68	R\$ 357,64	89,87	R\$ 753,15	10,56	R\$ 88,51			35,52	R\$ 297,67	179	R\$ 1.496,97	
0204010136 RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98	0,11	R\$ 0,86	0,18	R\$ 1,41	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ 2,27	
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	244,78	R\$ 1.791,79	470,71	R\$ 3.445,60	416,52	R\$ 3.048,94			574,49	R\$ 4.205,26	1707	R\$ 12.491,59	
0204010152 RADIOGRAFIA DE SELA TURSIKA (PA + LATERAL + BREYTON)	R\$ 7,20	1,40	R\$ 10,06	0,97	R\$ 7,01	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	2	R\$ 17,07	
0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL (INTERPROXIMAL (BITE-WING))	R\$ 1,75	0,00	R\$ -	246,33	R\$ 431,09	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	246	R\$ 431,09	
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	0,00	R\$ -	160,53	R\$ 1.337,25	0,00	R\$ -			87,10	R\$ 725,51	248	R\$ 2.062,75	
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	72,56	R\$ 594,29	3,54	R\$ 29,01	28,74	R\$ 235,41			0,00	R\$ -	105	R\$ 858,71	
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -			1,37	R\$ 14,06	1	R\$ 14,06	
0204020059 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	82,88	R\$ 908,40	233,23	R\$ 2.556,20	60,13	R\$ 659,01			199,47	R\$ 2.156,15	576	R\$ 6.309,76	
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	0,11	R\$ 1,60	0,80	R\$ 11,87	0,00	R\$ -			2,73	R\$ 40,71	4	R\$ 54,19	
0204020085 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88	0,00	R\$ -	0,18	R\$ 2,99	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ 2,99	
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	268,88	R\$ 246,18	51,89	R\$ 475,29	17,43	R\$ 159,63			50,89	R\$ 466,16	147	R\$ 1.347,27	
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	1,08	R\$ 10,46	7,00	R\$ 68,06	3,55	R\$ 34,50			8,88	R\$ 86,41	20	R\$ 199,43	
0204020115 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58	0,11	R\$ 1,67	0,09	R\$ 1,38	0,00	R\$ -			0,68	R\$ 10,64	1	R\$ 13,70	
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	2,90	R\$ 22,64	10,27	R\$ 80,12	2,34	R\$ 18,24			11,61	R\$ 90,58	27	R\$ 211,58	
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMI TORAX)	R\$ 8,37	30,21	R\$ 252,84	84,12	R\$ 704,07	22,63	R\$ 189,44			56,70	R\$ 474,55	194	R\$ 1.620,91	
0204030099 RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,28	0,54	R\$ 4,29	0,89	R\$ 7,07	0,00	R\$ -			0,34	R\$ 2,73	2	R\$ 14,08	
0204030129 RADIOGRAFIA DE TORAX (APIQD-LORDOTIC CA)	R\$ 5,56	0,11	R\$ 0,60	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ 0,60	
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	0,32	R\$ 3,88	3,10	R\$ 37,25	9,28	R\$ 111,54			0,00	R\$ -	13	R\$ 152,67	
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	424,84	R\$ 4.036,02	742,55	R\$ 7.054,19	510,30	R\$ 4.847,83			707,35	R\$ 6.719,85	2385	R\$ 22.657,90	
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	1320,33	R\$ 9.083,87	1859,11	R\$ 12.790,68	1574,80	R\$ 10.834,64			1465,60	R\$ 10.083,30	6220	R\$ 42.792,49	
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	37,20	R\$ 238,79	141,23	R\$ 906,70	13,73	R\$ 88,15			43,04	R\$ 276,79	235	R\$ 1.509,93	
0204040027 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	0,35	R\$ 2,62	0,15	R\$ 1,12			0,00	R\$ -	1	R\$ 3,74	
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	28,38	R\$ 210,01	2,39	R\$ 17,69	33,27	R\$ 246,20			0,68	R\$ 5,05	65	R\$ 478,96	
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,11	R\$ 0,80	0,09	R\$ 0,66	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ 1,45	
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	26,23	R\$ 203,81	86,86	R\$ 674,93	12,90	R\$ 100,24			30,40	R\$ 236,19	156	R\$ 1.215,17	
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	7,10	R\$ 52,90	14,08	R\$ 104,18	1,13	R\$ 8,37			14,35	R\$ 106,15	37	R\$ 271,22	
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	45,58	R\$ 268,92	174,35	R\$ 1.028,65	17,80	R\$ 105,05			89,83	R\$ 529,99	328	R\$ 1.932,60	
0204040085 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62	36,01	R\$ 202,39	96,96	R\$ 544,90	4,75	R\$ 26,71			88,80	R\$ 499,07	227	R\$ 1.273,08	
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	102,88	R\$ 648,14	349,76	R\$ 2.203,47	42,02	R\$ 264,74			186,49	R\$ 1.174,87	681	R\$ 4.291,21	
0204040108 RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	2,04	R\$ 12,26	9,39	R\$ 56,32	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	11	R\$ 68,57	
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULO/OMBRO (TRÊS POSICOES)	R\$ 7,88	33,00	R\$ 263,36	276,53	R\$ 2.206,70	0,60	R\$ 4,82			170,09	R\$ 1.357,34	480	R\$ 3.832,22	
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 5,91	67,83	R\$ 468,73	295,12	R\$ 2.039,30	22,18	R\$ 153,27			179,31	R\$ 1.239,06	564	R\$ 3.900,36	
0204050030 COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61	0,00	R\$ -	0,44	R\$ 14,44	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ 14,44	
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	84,82	R\$ 910,10	133,03	R\$ 2.071,21	105,09	R\$ 1.127,64			137,65	R\$ 1.476,99	521	R\$ 5.585,89	
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30	10,75	R\$ 164,48	60,03	R\$ 918,52	10,43	R\$ 160,45			54,65	R\$ 836,12	136	R\$ 2.079,56	
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	149,32	R\$ 1.070,62	172,84	R\$ 1.239,27	206,04	R\$ 1.477,27			113,40	R\$ 813,04	642	R\$ 4.600,21	
0204050189 RADIOGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40	0,00	R\$ -	0,53	R\$ 30,50	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	1	R\$ 30,50	
0204060036 ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	0,00	R\$ -	1,88	R\$ 14,45	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	2	R\$ 14,45	
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	20,86	R\$ 162,05	95,90	R\$ 745,11	11,35	R\$ 89,52			23,57	R\$ 183,12	152	R\$ 1.178,78	
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	0,11	R\$ 0,84	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,59			0,00	R\$ -	0	R\$ 1,42	
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	88,69	R\$ 378,48	461,59	R\$ 3.000,34	28,06	R\$ 182,42			285,88	R\$ 1.858,21	864	R\$ 5.617,64	
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	62,67	R\$ 486,97	247,75	R\$ 1.925,03	19,01	R\$ 147,73			22,18	R\$ 137,65	81	R\$ 523,44	
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 6,50	11,40	R\$ 74,07	40,11	R\$ 260,72	7,85	R\$ 51,00			18,10	R\$ 161,83	131	R\$ 1.178,00	
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	16,66	R\$ 148,96	85,54	R\$ 764,69	11,47	R\$ 102,52			254,80	R\$ 1.727,53	890	R\$ 6.031,13	
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	110,40	R\$ 748,54	472,23	R\$ 3.201,62	52,13	R\$ 353,45			1,02	R\$ 7,34	6	R\$ 44,05	
0204060133 RADIOGRAFIA DE JOELHO DU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	2,15	R\$ 15,39	1,77	R\$ 12,68	1,21	R\$ 8,64			0,00	R\$ -	0	R\$ 2,64	
0204060141 RADIOGRAFIA DE JOELHO DU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	0,11	R\$ 1,00	0,18	R\$ 1,65	0,00	R\$ -			0,00	R\$ -	0	R\$ -	
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	124,27	R\$ 842,56	480,01	R\$ 3.254,45	51,60	R\$ 349,87			311,15	R\$ 2.109,62	967	R\$ 6.556,50	
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	41,93	R\$ 374,81	200,38	R\$ 1.791,39	12,67	R\$ 113,31			54,99	R\$ 491,61	310	R\$ 2.771,12	
TOTAL RADIOGRAFIA			3.600	R\$ 27.262,56	8.400	R\$ 62.406,63	8.400	R\$ 25.977,39			5.500	R\$ 47.297,95	20.900	R\$ 157.944,52

*Primo*

*Jo*

*Q*

*[Handwritten signature]*







**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

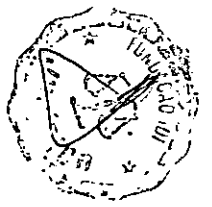
PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 04	VALOR UNITÁRIO	HM JD IVA - BENEDITO MONTENEGRO		HM SABOYA		HM ALEXANDRE ZAIQ		UBS DR. GERALDO DA SILVA FERREIRA		UPA VL STA CATARINA		TOTAL	
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$
0205010040 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60	20,60	R\$ 815,76	185,00	R\$ 7.326,00	98,30	R\$ 3.892,68	70,00	R\$ 2.772,00			374	R\$ 14.806,44
0205010059 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	0,00	R\$ -	23,50	R\$ 1.008,28	7,94	R\$ 340,81	0,00	R\$ -			31	R\$ 1.349,09
0205020038 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	8,25	R\$ 199,66	20,75	R\$ 502,24	11,60	R\$ 280,79	11,93	R\$ 288,60			53	R\$ 1.271,29
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	51,50	R\$ 1.954,43	209,58	R\$ 7.953,42	97,21	R\$ 3.689,23	85,75	R\$ 3.254,21			444	R\$ 16.851,28
0205020054 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20	57,68	R\$ 1.395,86	151,93	R\$ 3.676,64	50,28	R\$ 1.216,75	33,43	R\$ 809,12			293	R\$ 7.098,37
0205020062 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	428,46	R\$ 10.368,85	147,28	R\$ 3.564,24	11,29	R\$ 273,14			587	R\$ 14.206,24
0205020070 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	0,39	R\$ 9,36	18,98	R\$ 459,31	4,39	R\$ 106,24	0,00	R\$ -			24	R\$ 574,91
0205020097 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	0,77	R\$ 18,72	58,71	R\$ 1.420,86	148,14	R\$ 3.584,94	154,00	R\$ 3.726,80			362	R\$ 8.751,32
0205020100 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	0,26	R\$ 6,24	91,62	R\$ 2.217,14	17,46	R\$ 422,45	9,37	R\$ 226,76			119	R\$ 2.872,59
0205020119 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	0,13	R\$ 3,12	0,09	R\$ 2,15	0,21	R\$ 5,06	0,00	R\$ -			0	R\$ 10,33
0205020127 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	0,13	R\$ 3,12	22,76	R\$ 550,67	20,80	R\$ 503,40	5,96	R\$ 144,30			50	R\$ 1.201,49
0205020135 ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	2,13	R\$ 51,51	0,84	R\$ 20,24	0,00	R\$ -			3	R\$ 71,75
0205020143 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20	10,55	R\$ 255,24	166,50	R\$ 4.029,30	137,62	R\$ 3.330,40	105,00	R\$ 2.541,00			420	R\$ 10.155,95
0205020151 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60	0,00	R\$ -	0,62	R\$ 24,59	0,42	R\$ 16,56	0,00	R\$ -			1	R\$ 41,14
0205020160 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	4,25	R\$ 102,95	60,49	R\$ 1.463,79	12,54	R\$ 303,56	17,25	R\$ 417,44			95	R\$ 2.287,74
0205020178 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	0,00	R\$ -	1,95	R\$ 47,22	1,88	R\$ 45,53	0,00	R\$ -			4	R\$ 92,75
0205020186 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	47,38	R\$ 1.146,60	370,00	R\$ 8.954,00	206,43	R\$ 4.995,61	182,00	R\$ 4.404,40			806	R\$ 19.500,60
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLÓGICA	R\$ 63,80	4,12	R\$ 262,86	37,00	R\$ 2.360,60	19,66	R\$ 1.254,31	14,00	R\$ 893,20			75	R\$ 4.770,96
<b>TOTAL ULTRASSONOGRRAFIA</b>		206	R\$ 6.173,90	1.850	R\$ 52.416,56	983	R\$ 27.572,79	700	R\$ 19.750,99			3.739	R\$ 105.914,23
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 39,94	40	R\$ 1.597,60									40	R\$ 1.597,60
<b>TOTAL ECOCARDIOGRAFIA</b>		40	R\$ 1.597,60									40	R\$ 1.597,60
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			42,45	R\$ 3.682,69							42	R\$ 3.682,69
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10			89,68	R\$ 9.066,73							90	R\$ 9.066,73
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76			7,23	R\$ 627,63							7	R\$ 627,63
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75			41,49	R\$ 3.599,20							41	R\$ 3.599,20
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75			4,57	R\$ 396,84							5	R\$ 396,84
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44			1,06	R\$ 103,66							1	R\$ 103,66
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44			491,70	R\$ 47.911,46							492	R\$ 47.911,46
0206010087 TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63			0,11	R\$ 14,75							0	R\$ 14,75
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75			10,85	R\$ 941,33							11	R\$ 941,33
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO)	R\$ 86,75			0,11	R\$ 9,23							0	R\$ 9,23
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41			54,68	R\$ 7.459,01							55	R\$ 7.459,01
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63			70,21	R\$ 9.733,60							70	R\$ 9.733,60
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75			18,19	R\$ 1.578,11							18	R\$ 1.578,11
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63			67,66	R\$ 9.379,65							68	R\$ 9.379,65
<b>TOTAL TOMOGRAFIA</b>				900	R\$ 94.503,87							900	R\$ 94.503,87
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00							967	R\$ 43.515,00			967	R\$ 43.515,00
<b>TOTAL MAMOGRAFIA</b>								967	R\$ 43.515,00			967	R\$ 43.515,00
<b>TOTAL LOTE 04 &gt;&gt;&gt;</b>												<b>26.546</b>	<b>598.900</b>

*amp*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*





**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 05	VALOR UNITÁRIO	AE CEBI		AE MOOCA		HM IGUAÇU PROENÇA DE GOUVEIA		HM TATUAPÉ		HM RHC IPIRANGA - FLÁVIO GIANOTTI		TOTAL		
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	
0204010039 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,68	R\$ 5,68	0,20	R\$ 1,72	0,00	R\$ -	1	R\$ 8,20	
0204010047 RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP + OBLIQUAS)	R\$ 6,96	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,52	25,95	R\$ 180,61	0,09	R\$ 0,62	26	R\$ 181,75	
0204010055 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	0,22	R\$ 1,87	0,28	R\$ 2,38	4,67	R\$ 39,10	39,26	R\$ 329,02	0,62	R\$ 5,20	45	R\$ 377,57	
0204010053 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	31,55	R\$ 217,09	5,75	R\$ 36,19	12,04	R\$ 82,84	82,84	R\$ 19,86	21,71	R\$ 148,37	73	R\$ 505,16	
0204010071 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	1,73	R\$ 25,94	0,60	R\$ 5,13	1,24	R\$ 11,35	4	R\$ 32,70	
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	6,31	R\$ 47,46	0,71	R\$ 5,35	157,69	R\$ 1.185,99	170,66	R\$ 1.283,40	7,09	R\$ 52,31	342	R\$ 2.574,60	
0204010101 RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,15	R\$ 1,36	0,08	R\$ 0,68	0,09	R\$ 0,80	0	R\$ 2,84	
0204010110 RADIOGRAFIA DE MANTILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,23	R\$ 1,63	0,45	R\$ 3,25	0,00	R\$ -	1	R\$ 4,87	
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MM + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	0,37	R\$ 3,11	0,00	R\$ -	29,95	R\$ 251,00	131,21	R\$ 1.116,28	2,13	R\$ 17,82	168	R\$ 1.388,21	
0204010138 RADIOGRAFIA DE SACILO OBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE GORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,09	R\$ 0,71	0	R\$ 0,71	
0204010144 RADIOGRAFIA DE SÍNDROME DA FACE (TR + MM + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	39,65	R\$ 290,11	7,83	R\$ 57,24	144,35	R\$ 1.056,61	353,66	R\$ 2.588,82	54,50	R\$ 398,93	600	R\$ 4.391,81	
0204010151 RADIOGRAFIA DE SÍNDROME DA FACE (TR + MM + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	1,04	R\$ 7,48	0,14	R\$ 1,02	1,05	R\$ 7,59	0,00	R\$ -	1,15	R\$ 8,29	3	R\$ 24,39	
0204010160 RADIOGRAFIA DE OCLUSAL	R\$ 3,51	0,37	R\$ 1,30	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	1,06	R\$ 3,73	1	R\$ 5,04	
0204010179 RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 9,03	0,07	R\$ 0,67	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,68	649,71	R\$ 5.867,04	650	R\$ 5.868,19	
0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (SITE-WING)	R\$ 1,75	136,15	R\$ 238,28	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	109,62	R\$ 191,83	246	R\$ 430,11	
0204010209 TELA RADIOGRÁFICA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 8,44	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,09	R\$ 0,57	0	R\$ 0,57	
0204020016 RADIOGRAFIA DE COLUNA VERTICAL	R\$ 19,60	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 1,47	0,00	R\$ -	0	R\$ 1,47	
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	8,98	R\$ 74,83	13,79	R\$ 114,88	117,85	R\$ 981,73	227,45	R\$ 1.894,68	1,33	R\$ 11,07	369	R\$ 3.077,20	
0204020042 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	42,84	R\$ 350,85	0,00	R\$ -	1,73	R\$ 14,18	0,45	R\$ 3,70	56,71	R\$ 464,49	102	R\$ 833,21	
0204020050 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 10,29	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,77	0,00	R\$ -	0	R\$ 0,77	
0204020059 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	130,22	R\$ 1.427,25	38,67	R\$ 423,86	200,94	R\$ 2.202,30	314,18	R\$ 3.443,37	117,06	R\$ 1.282,99	801	R\$ 8.779,76	
0204020077 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	0,37	R\$ 5,53	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,83	R\$ 12,33	0,00	R\$ -	1	R\$ 17,86	
0204020085 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 16,88	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,18	R\$ 2,99	0	R\$ 2,99	
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	55,31	R\$ 506,65	9,95	R\$ 91,17	68,56	R\$ 628,01	65,06	R\$ 595,96	63,18	R\$ 578,75	262	R\$ 2.400,53	
0204020107 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICO-LOMBAR	R\$ 9,73	0,89	R\$ 8,67	5,40	R\$ 52,97	3,09	R\$ 30,02	24,37	R\$ 237,32	1,24	R\$ 12,07	35	R\$ 340,45	
0204020123 RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$ 7,80	1,41	R\$ 11,00	0,57	R\$ 4,44	9,33	R\$ 72,79	14,67	R\$ 114,40	2,04	R\$ 15,90	78	R\$ 218,53	
0204030072 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR MEMTOBRAS)	R\$ 8,37	1,34	R\$ 11,19	0,43	R\$ 3,57	62,92	R\$ 526,61	117,49	R\$ 983,37	3,81	R\$ 31,89	186	R\$ 1.556,62	
0204030099 RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	1,35	R\$ 10,81	0,38	R\$ 3,00	0,35	R\$ 2,83	2	R\$ 16,64	
0204030129 RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 5,56	0,07	R\$ 0,41	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,42	0,08	R\$ 0,42	0,09	R\$ 0,49	0	R\$ 1,74	
0204030137 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 14,32	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,15	R\$ 2,15	0,09	R\$ 1,27	0	R\$ 3,42	
0204030145 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	13,36	R\$ 160,63	0,00	R\$ -	0,45	R\$ 5,43	6,62	R\$ 79,56	0,09	R\$ 1,07	21	R\$ 246,69	
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	184,64	R\$ 1.754,12	51,90	R\$ 493,01	772,45	R\$ 7.318,30	1132,45	R\$ 10.758,26	209,13	R\$ 1.986,75	2.351	R\$ 22.330,44	
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,68	109,58	R\$ 753,94	9,10	R\$ 62,60	1.147,31	R\$ 7.893,52	3094,23	R\$ 21.288,28	96,54	R\$ 651,13	4.658	R\$ 30.649,47	
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	2,23	R\$ 14,30	0,00	R\$ -	60,13	R\$ 388,04	201,73	R\$ 1.295,10	3,46	R\$ 22,19	268	R\$ 1.717,63	
0204040027 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,23	R\$ 1,67	0,68	R\$ 5,01	0,35	R\$ 2,62	1	R\$ 9,30	
0204040035 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	7,53	R\$ 55,69	9,10	R\$ 67,35	1,33	R\$ 9,84	18	R\$ 132,88	
0204040043 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,15	R\$ 1,11	0,08	R\$ 0,56	0,18	R\$ 1,31	0	R\$ 2,98	
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	2,75	R\$ 21,34	0,57	R\$ 4,42	34,02	R\$ 264,31	122,60	R\$ 952,62	2,22	R\$ 17,21	162	R\$ 1.259,90	
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	0,59	R\$ 4,40	0,00	R\$ -	20,52	R\$ 152,59	48,29	R\$ 357,34	1,06	R\$ 7,87	71	R\$ 522,19	
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	7,87	R\$ 46,43	1,14	R\$ 6,71	80,30	R\$ 473,77	252,20	R\$ 1.487,97	7,27	R\$ 42,87	349	R\$ 2.057,76	
0204040086 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 5,62	1,04	R\$ 5,84	0,00	R\$ -	92,79	R\$ 521,50	206,69	R\$ 1.161,61	2,66	R\$ 14,94	303	R\$ 1.703,90	
0204040094 RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 6,30	62,81	R\$ 395,70	12,23	R\$ 77,03	190,63	R\$ 1.200,97	550,43	R\$ 3.467,70	46,88	R\$ 295,33	863	R\$ 5.436,73	
0204040108 RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (V DETERMINAÇÃO DE DADO E OSSA)	R\$ 6,00	9,43	R\$ 56,57	1,26	R\$ 7,68	11,59	R\$ 69,54	0,90	R\$ 5,42	17,81	R\$ 106,87	41	R\$ 246,08	
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULO/OMBRÃO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	26,80	R\$ 213,88	8,53	R\$ 68,08	138,85	R\$ 1.108,04	305,55	R\$ 2.917,08	29,15	R\$ 232,65	569	R\$ 4.539,72	
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	16,85	R\$ 116,46	5,26	R\$ 36,35	149,61	R\$ 1.033,83	549,89	R\$ 3.758,75	25,32	R\$ 181,86	742	R\$ 5.126,75	
0204050014 CLUSTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,15	R\$ 7,15	2,84	R\$ 135,43	3	R\$ 143,62	
0204050111 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	0,59	R\$ 6,37	0,00	R\$ -	119,06	R\$ 1.277,50	282,81	R\$ 3.034,37	1,42	R\$ 15,21	404	R\$ 4.333,65	
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 15,30	0,22	R\$ 3,41	0,00	R\$ -	30,40	R\$ 485,19	55,19	R\$ 843,54	1,60	R\$ 19,40	87	R\$ 1.336,54	
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	1,56	R\$ 11,18	0,00	R\$ -	182,63	R\$ 1.186,08	317,86	R\$ 2.279,07	4,95	R\$ 39,58	487	R\$ 3.491,91	
0204050146 RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E D UOENIO	R\$ 35,22	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 2,65	0,23	R\$ 7,95	1,77	R\$ 16,42	2	R\$ 73,01	
0204050154 RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 47,59	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,23	R\$ 10,74	0,27	R\$ 12,65	0	R\$ 23,39	
0204050189 RADIOGRAFIA VENTRIS	R\$ 57,40	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	2,18	R\$ 15,96	6,39	R\$ 49,68	8,15	R\$ 62,25	19	R\$ 143,82	
0204060036 ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	1,78	R\$ 13,84	0,00	R\$ -	44,19	R\$ 57,20	444,42	R\$ 108,99	R\$ 816,81	22,95	R\$ 178,33	217	R\$ 1.686,26
0204060060 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	0,59	R\$ 172,49	5,69	R\$ 44,19	0,90	R\$ 7,02	0,83	R\$ 6,43	1,33	R\$ 10,33	4	R\$ 28,39	
0204060079 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	R\$ 7,77	0,59	R\$ 4,61	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0	R\$ 4,61	
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	21,90	R\$ 142,36	4,98	R\$ 32,35	204,03	R\$ 1.326,17	719,44	R\$ 4.676,35	28,80	R\$ 187,20	979	R\$ 6.354,43	
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	31,63	R\$ 245,76	13,79	R\$ 107,16	112,07	R\$ 948,48	452,27	R\$ 3.514,16	31,90	R\$ 247,87	872	R\$ 5.063,42	
0204060109 RADIOGRAFIA DE BACI CANHO	R\$ 6,50	9,87	R\$ 64,18	7,54	R\$ 49,58	26,27	R\$ 170,72	78,22	R\$ 508,46	9,13	R\$ 59,33	131	R\$ 85,67	
0204060117 RADIOGRAFIA DE COTA	R\$ 8,94	4,68	R\$ 41,82	7,56	R\$ 22,88	28,75	R\$ 257,01	174,35	R\$ 1.558,69	5,67	R\$ 50,70	216	R\$ 1.931,10	
0204060125 RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	130,15	R\$ 882,41	55,73	R\$ 377,89	268,97	R\$ 1.823,64	655,13	R\$ 4.441,78	114,93	R\$ 779,25	1.225	R\$ 8.304,86	
0204060133 RADIOGRAFIA DE OMBRO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	14,48	R\$ 103,56	12,65	R\$ 90,60	4,14	R\$ 29,64	26,18	R\$ 187,41	28,18	R\$ 201,77	86	R\$ 613,68	
0204060141 RADIOGRAFIA DE OMBRO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,08	R\$ 0,70	0,45	R\$ 4,19	2,22	R\$ 20,58	3	R\$ 25,47	
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE/ DEDOS DO PE	R\$ 6,78	57,32	R\$ 388,60	20,19	R\$ 138,89	368,87	R\$ 1.809,35	791,42	R\$ 5.385,83	84,98	R\$ 576,18	1.221	R\$ 8.276,85	
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	7,87	R\$ 70,36	3,84	R\$ 34,32	81,35	R\$ 727,31	302,14	R\$ 2.703,15	10,28	R\$ 91,90	405	R\$ 3.625,03	
0204060176 RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	0,0						



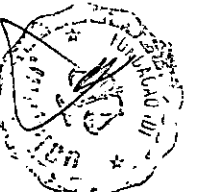
**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

PROCESSO Nº 2015-0.124.329-9

ESTIMATIVAS LOTE 05	VALOR UNITÁRIO	AE CECI		AE MOOCA		HM IGINAÇÃO PROENÇA DE GOUVEIA		HM TATUAPE		HD RHC IPRANGA - FLÁVIO GIANOTTI		TOTAL	
		FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$	FÍSICO	R\$
0205010040 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60					136,60	R\$ 5.409,36	327,96	R\$ 12.987,72	270,00	R\$ 10.692,00	735	R\$ 29.088,58
0205010059 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90					3,23	R\$ 138,35	0,00	R\$ -	0,00	R\$ -	3	R\$ 138,35
0205020038 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 24,20					16,50	R\$ 399,41	18,85	R\$ 456,30	134,25	R\$ 3.248,86	170	R\$ 4.104,57
0205020046 ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95					210,48	R\$ 7.987,80	429,60	R\$ 16.303,48	407,97	R\$ 15.482,46	1.048	R\$ 39.773,74
0205020054 ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20					88,78	R\$ 2.148,57	156,39	R\$ 3.784,58	267,94	R\$ 6.484,15	513	R\$ 12.417,30
0205020062 ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20					293,55	R\$ 7.103,99	264,59	R\$ 6.403,08	315,59	R\$ 7.637,19	874	R\$ 21.144,25
0205020070 ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20					7,87	R\$ 190,52	29,45	R\$ 712,78	7,85	R\$ 189,91	45	R\$ 1.093,22
0205020097 ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20					88,40	R\$ 2.139,39	32,66	R\$ 790,32	184,84	R\$ 4.473,11	306	R\$ 7.402,82
0205020100 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20					38,23	R\$ 925,08	45,60	R\$ 1.103,46	112,11	R\$ 2.713,03	196	R\$ 4.741,58
0205020119 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20					0,00	R\$ -	1,11	R\$ 26,84	0,14	R\$ 3,39	1	R\$ 30,23
0205020127 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20					27,32	R\$ 661,14	20,70	R\$ 501,03	187,64	R\$ 4.540,94	236	R\$ 5.703,11
0205020135 ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20					3,41	R\$ 82,64	3,08	R\$ 74,56	0,42	R\$ 10,17	7	R\$ 167,37
0205020143 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20					82,05	R\$ 1.985,59	74,07	R\$ 1.792,38	125,56	R\$ 3.038,60	282	R\$ 6.816,57
0205020151 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60					0,28	R\$ 11,27	0,12	R\$ 4,88	0,28	R\$ 11,10	1	R\$ 27,25
0205020160 ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20					27,22	R\$ 658,80	60,02	R\$ 1.452,40	82,96	R\$ 2.007,64	170	R\$ 4.118,84
0205020178 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20					0,57	R\$ 13,77	0,49	R\$ 11,93	0,00	R\$ -	1	R\$ 25,70
0205020185 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20					314,18	R\$ 7.603,16	299,22	R\$ 7.241,11	548,49	R\$ 13.273,51	1.162	R\$ 28.117,78
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA						27,32	R\$ -	36,00	R\$ -	54,00	R\$ -	117	R\$ -
<b>TOTAL ULTRASSONOGRRAFIA</b>						1.366	R\$ 37.458,85	1.800	R\$ 53.646,35	2.700	R\$ 73.806,07	5.866	R\$ 164.911,27
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76					11,80	R\$ 1.023,83	108,44	R\$ 9.408,17			120	R\$ 10.432,00
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10					14,81	R\$ 1.496,94	66,24	R\$ 6.697,24			81	R\$ 8.194,19
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76					4,68	R\$ 405,67	24,79	R\$ 2.150,44			29	R\$ 2.556,11
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75					15,47	R\$ 1.342,42	125,11	R\$ 10.853,35			141	R\$ 12.195,76
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75					3,67	R\$ 318,70	25,52	R\$ 2.214,19			29	R\$ 2.532,89
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44					0,11	R\$ 10,85	0,15	R\$ 14,38			0	R\$ 25,22
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44					190,82	R\$ 18.593,06	911,33	R\$ 88.800,07			1.102	R\$ 107.393,13
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75					12,36	R\$ 1.072,00	71,70	R\$ 6.220,20			84	R\$ 7.292,20
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERN	R\$ 86,75					0,11	R\$ 9,66	0,00	R\$ -			0	R\$ 9,66
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41					30,62	R\$ 4.176,20	104,60	R\$ 14.268,91			135	R\$ 18.445,12
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63					44,64	R\$ 6.188,77	226,91	R\$ 31.456,62			272	R\$ 37.645,39
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75					20,60	R\$ 1.786,67	113,01	R\$ 9.803,85			134	R\$ 11.590,52
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63					50,32	R\$ 6.975,87	222,19	R\$ 30.802,12			273	R\$ 37.777,99
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b>						400	R\$ 43.400,64	2000	R\$ 212.689,53			2.400	R\$ 256.090,18
0204030030 MAMOGRAFIA	R\$ 22,50							27,91	R\$ 628,02	532,11	R\$ 11.972,38	560	R\$ 12.600,40
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00							502,09	R\$ 22.593,95	667,89	R\$ 30.055,24	1.170	R\$ 52.649,20
MAMOGRAFIA								530	R\$ 23.221,98	1.200	R\$ 42.027,62	1.730	R\$ 65.249,60
<b>TOTAL LOTE 05 &gt;&gt;&gt;</b>												<b>R\$ 30.296,00</b>	<b>R\$ 641.617,41</b>

*Imp*

*[Handwritten mark]*





**ANEXO IV  
EQUIPAMENTOS DE IMAGEM PRÓPRIOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
A SEREM DISPONIBILIZADOS PELA CONTRATANTE**

Unidade de Saúde - LOTE 01	Equipamento	Marca	Modelo	Série
<b>NORTE</b>				
AE Perus	Ultrassom	Phillips	HD7	-
AE Tucuruvi	Ultrassom	Phillips	HD 7	989605368681
	Raio-X Fixo	Phillips	Compact Plus	130011137
	Processadora	Macrotec	MX2	7106648
	Processadora	Macrotec	MX2	-
Centro de Referência DST/AIDS Nossa Senhora do Ó	Ultrassom	Phillips	SHD 7	C150100131
	Raio-X Fixo	Phillips	Compact Plus 500	124001055
	Processadora	Macrotec	MX2	64
AE Pirituba	Não possui equipamento			
Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria - Pirituba	Raio-X fixo	Phillips	Plus 500	0124-002-0088
	Raios-X Portátil	Aquila	Plus	-
	Ultrassom	Phillips	HD 7	C150100176
	Processadora	Lotus	LX2	-
	Arco Cirurgico	Siemens	Multimobil	-
	Processadora	Macrotec	MX2	90229090
Hospital Municipal Dr. Mario Altenfelder da Silva - Cachoeirinha	Processadora	Macrotec	MX-2	-
	Processadora	Kodak	MIN R	-
	Raio-X Portátil	Raicenter	Ômega 150T	3971002
	Raio-X Portátil	Raicenter	Ômega 150T	3961002
	Ultrassom	Mindray	M5	MR9C001742
	Ultrassom	Toshiba	Nemio 20	58711941
	Mamógrafo	Hologic	MIV	
	Impressora	AGFA	AXYS	
	CR	Fuji		
	UBS D Mariquinha Sciascia	Ultrassom	Phillips	US 20505780 Envisor
UBS União VI de Taipas	Mamógrafo	Hologic	MIV	
	Impressora	AGFA	AXYS	
	CR	Fuji		
<b>CENTRO-OESTE</b>				
UDI Sé	Mamógrafo	Hologic	Lorad M-IV	18003106396
	Processadora	Macrotec	MX-2 (RX)	8106660
	Processadora	Macrotec	MX-2 (MAMO)	8106657
	Raio-X Fixo	VMI- Phillips	Compacto Plus 500	13001135
HM Jd Sarah	Processadora	Macrotec	MX-2	7106638
	Raio-X Móvel	Siemens	Polymobil Plus	12291
	Raio-X Móvel	Phillips VMI	Águila Plus	117001519
	Ultrassom	Phillips	HD7	C150100155
	Ultrassom c/ Eco	Toshiba	SSA600A	LGM1382192
	Raio-x Fixo	VMI Phillips	Compact Plus 800	1240010618
PSM Butantã	Raios-X Portátil	Siemens	Polymobil Plus	12302
	Raio X Fixo	Phillips	VMI Compacto Plus 500	140.011.714
	Processadora	Macrotec	MX-2	-
AMA Sé	Raio X Fixo	ecno Desig	TD500 HFC	E1945
UBS Alto de Pinheiros	Mamógrafo	GE	Senograph 700T	381213BU8
	Processadora	Macrotec	MX-2	1207577

*duy*

*2*  
*yg*

*7*





Unidade de Saúde - LOTE 02	Equipamento	Marca	Modelo	Série
<b>SUL</b>				
CR DST/AIDS Sto. Amaro	Processadora	Macrotec	MX-2	7106627
	Raios-X Fixo	VMI - Philips	Compacto Plus 500	124002070
	Ultrassom	Philips	HD7	CI50100124
HM Campo Limpo	Arco Cirúrgico	Siemens	Siremobil Compact L	4144
	Arco Cirúrgico	Siemens	Siremobil Compact L	2418
	Mamógrafo	GE	Senographe 700T	369921BU2
	Mamógrafo	Lorad	M-IV ASY 00555	18003106397
	Processadora	Macrotec	MX-2	
	Processadora	Macrotec		
	Processadora	Macrotec		
	Processadora	Philips		
	Raios-X Fixo	Philips	KI30/50	140011571 - TUBO 105010
	Raio-X Fixo	VMI - Philips	Compacto Plus 800	00140011712 - 094057
	Raios-X Fixo	Siemens	XRAY 07037182 - 07036374	285874
	Raios-X Telecomandado	Shimadzu	Flex avision HB	CLA806021005
	Raios-x Móvel	Medsystems	Mobilray 30/90	910988
	Raios-x Móvel	VMI - Philips	Aquila plus	1.170.010.523
	Raios-x Móvel	VMI - Philips	Aquila plus	10238040033 - 093059
	Raios-x Móvel	VMI - Philips	Aquila plus	1.170.010.522
	Ressonância	Philips	Intera 1,5T	388
	Tomógrafo	Siemens	Somaton Emotion	46759/2702
	Tomógrafo	Philips	Brilhance CT6	3956
	Ultrassom	Philips	HD7	CI50100070
Ultrassom	Philips	HD7	CI50080708	
Ultrassom Portátil	Mindray	MOBILE TRILLEYUMT-200	BGX9B100452	
UBS Jd. Mitsutani	Ultrassom	Philips	HD3	A88202300005135

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





Unidade de Saúde - LOTE 03	Equipamento	Marca	Modelo	Série
<b>LESTE</b>				
HD Rede Hora Certa São Miguel - Tito Lopes	Processadora	Macrotec	MX-2 (Rx)	8106667
	Processadora	Macrotec	MX-2 (MAMO)	7106649
	Raio X	Phillips	Compacto Plus 600	124001507
	Mamógrafo	Loradi	M-IV	18001106341
	Ultrassom	Phillips	HD3	A8A202300005430
	Ultrassom	Phillips	HD7	BR54140045
AE José Bonifácio IV	Processadora	Macrotec	MX-2 (RX)	6106623
	Processadora	Macrotec	MX-2 (Mamo)	6106622
	Ultrassom	Phillips	Envisor	US003027
	Ultrassom	Phillips	HD7	C150100125
	Mamógrafo	Siemens	Mammomat 1000	12130
	Raio-X Fixo	Siemens	Multix-B	1035
HM Waldomiro de Paula	Processadora	Macrotec	MX-2	8106659
	Processadora	Macrotec	MX-2	8106658
	Raios-X Fixo	VMI-Phillips	Compacto Plus 600	124.001.252
	Raios-X Fixo	VMI-Phillips	Compacto Plus 500	124.001.081
	Raios-X Móvel	Siemens	Polymobil Plus	12394
	Raios-X Móvel	VMI-Phillips	Águila Plus	117001511
	Ultrassom	Phillips	HD7	C150100153
	Arco Cirúrgico	Siemens	Siremobil Compact L	8056
	Tomógrafo	GE	Hispeed	5224YM1
	Identificadora Rx	AGFA	Curix D'Camera	6301
HM Ermelino Matarazzo	Arco Cirúrgico	Phillips	Endura 9"	FG 358-SN 482
	Arco Cirúrgico	Siemens	Siremobil Compact L	30994
	Processadora	Lotus	Vision line	
	Processadora	Macrotec	MX-2	7106640
	Raios-X Fixo	VMI-Phillips	Compacto Plus 500	124002068
	Raios-X Fixo	VMI-Phillips	Compacto Plus 600	124001241
	Raios-X Móvel	VMI-Phillips	Águila Plus	117001506
	Raios-X Móvel	VMI-Phillips	Águila Plus	117001504
	Tomógrafo	Siemens	Emotion	46756
	Ultrassom	Pyramid	Mindray	
	Ultrassom	GE	Logic P5	87825U2
	Ultrassom	Phillips	HD7	CI54110285
	Ultrassom	Siemens	Acuson x300	343077
	Ressonância Magnética	GE	Brivo MR3	MR1463SX9
HM Tide Setubal	Processadora	Macrotec	MX-2 P (2)	
	Processadora	Macrotec	MX-2	7106629
	Injetora	Vistron	VCT 610	58659
	Raios-X Fixo	Siemens	Multix-B	1295
	Raios-X Fixo	VMI-Phillips	Compacto Plus 600	124001245
	Raios-X Móvel	Siemens	Polymobil Plus	12292
	Raios-X Móvel	Siemens	Polymobil Plus	21582
	Raios-X Móvel	Medsystem	Mobilray	880988
	Ultrassom	Siemens	Acuson X300	1139246
	Tomógrafo	Neusoft	NeuViz Dual	NDHRN100003

*duo* *S* *g*





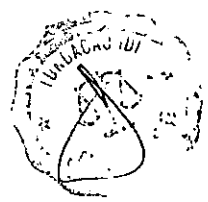
Unidade de Saúde - LOTE 04	Equipamento	Marca	Modelo	Série
<b>SUDESTE 1</b>				
HM Alexandre Zaio	Processadora	Macrotec	MX-2	3075455
	Processadora	Macrotec	MX-2	6106663
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	124002053
	Raios-X Fixo	Siemens	Múltix-B	13326
	Raios-X Móvel	Limex	LMT100/100	089/D
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	62001870
	Ultrassom	Philips	HD7	CI50100130
	Ultrassom	GR	Logiq 200	424566A
HM Saboya	Arco Cirúrgico	Siemens	Serimobil L	7124
	Processadora	Macrotec	MX-2	988305
	Processadora	Macrotec	MX-2	990/567
	Raio-X Fixo	Philips VMI	Compacto Plus 800	124.001.584
	Raio-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 800	124.001.486
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001518
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001521
	Ultrassom	Toshiba	Nemio 20	E2524063
	Ultrassom	Philips	HD7	CI50100069
	Ultrassom	Pyramid	Mindray	BGX9B100454
	Tomógrafo	Siemens	Somaton Spirit	70388
HM Benedito Montenegro (Iva)	Processadora	Macrotec	MX-2	8106655
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 800	124001481
	Raios-X Móvel	Siemens	Polymobil Plus	12287
	Ultrassom	GE	Logiq 200	56018SM5
	Ultrassom	Philips	HD7	CI50100129
UBS Geraldo da Silva Ferreira	Mamógrafo	Siemens	Mamomat 1000	10020
	Processadora	Macrotec	MX-2	6106664
	Ultrassom	Philips	HD3	A89202300005318
UPA Santa Catarina	Raio-X Fixo	Philips	Compacto Plus DR	4813

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*





Unidade de Saúde - LOTE 05	Equipamento	Marca	Modelo	Série
<b>SUDESTE 2</b>				
HD Rede Hora Certa Ipiranga - Flavio Gianotti	Mamógrafo	Loradi	M-IV	195.090.898-08
	Processadora	Macrotec	MX-2	710663
	Processadora	Macrotec	MX-2	6106625
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	124002077
	Raios-X Panorâmico	Yoshida	PA 810 C	FL027
	Raios-X Telecomandado	Shimadzu	Flex Avison HB	1229792301
	Ultrassom	Philips	HD7	CI 50080703
	Ultrassom	Phillps	HD7	CI50100126
AE Mooca	Processadora	Macrotec	MX-2	7106633
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	124002070
AE Ceci	Processadora	Macrotec	MX-2	6106662
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	130011130
HM Tatuapé	Arco Cirúrgico	Siemens	Serimobil Compact L	4347
	Arco Cirúrgico	Siemens	Serimobil Compact L	30621
	Arco Cirúrgico	Siemens	Serimobil Compact L	30989
	Mamógrafo	Siemens	Mammomat 1000	10018
	Processadora	Macrotec	MX-2 (Mamo)	
	Processadora	Macrotec	MX-2 (RX)	8106661
	Processadora	Lotus	LXM	998568
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 800	140011701
	Raios-X Fixo	Siemens	Multix-B	1040
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	1240010605
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001529
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001526
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001527
	Raios-X Móvel	VMI-Philips	Águila Plus	117001514
	Raios-X Telecomandado	Shimadzu	Flex Avison HB	1229793201
	Tomógrafo	Siemens	Emotion	101152351
	Tomógrafo	Philips	Brilhance 6	81859
	Ultrassom	Toshiba	Nemio 20	A2562626
	Ultrassom	GE	Logic P5	933625U2
	Ultrassom	Pyramid	Mindray	BGX98100444
Hm Dr. Ignácio Proença de Gouveia	Processadora	Macrotec	MX-2	7106654
	Processadora	Macrotec	MX-2	7106652
	Raios-X Fixo	VMI-Philips	Compacto Plus 500	124.002.049
	Raio-X Fixo	Tecno Design	TD500 HF 125KV	E2082
	Raio x - portátil	Siemens	PolymobilPlus	12289
	Tomógrafo	GE	Hispeed Dual	CT247602HM6
	Ultrassom	GE	Logiq 200	42456C
	Ultrassom	Phillips	HD7	CI50100127
	Ultrassom	Siemens	Acuson X300	
	Arco Cirúrgico	Siemens	Serimobil Compact L	32276

7

duz'

zg

70







**ANEXO V**  
**LISTA DE EQUIPAMENTOS POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE A SEREM**  
**ALOCADOS PELA CONTRATADA**

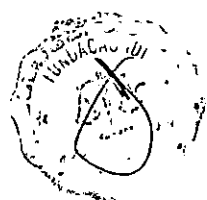
Nome da Unidade	Equipamento	QTDE.	Descrição
AE Tucuruvi	Mamógrafo	1	Equipamento atual operante na unidade porém não há peça de reposição.
AE Pitiruba	Ultrassom	1	Aparelho de ultrassonografia com transdutores para US Doppler e softwares.
Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria - Pirituba	Ultrassom com Eco	1	Equipamento de Ultrassonografia com transdutores que permitam a realização de ecocardiografia e ultrassonografia adulto, pediátrico e neonatal + impressora de imagem.
	Raio-x Fixo	1	Aparelho de raio-X para realização de exames simples e contrastados.
Hospital Municipal Dr. Mario Altenfelder da Silva - Cachoeirinha	Rx Fixo Telecomandado	1	Aparelho de raio-X telecomandado de 500 mA ou mais e 120 KV ou mais , para realização de exames simples e contrastados, com mesa basculante , monitor + Bucky mural para radiografias em ortostatismo
	Ultrassom com Eco	1	Aparelho de ultrassonografia com os seguintes transdutores multifrequenciais: Convexo, Linear de alta frequência, Endocavitário, Microconvexo, Transdutor 3D/4D, Transdutor para ecocardiografia (adulto e infantil) + impressora de imagem.
	Ultrassom	1	Aparelho de ultrassonografia com transdutores para US Doppler e softwares + impressora de imagem.
	Densitometro	1	Há na unidade um equipamento locado pela empresa do contrato vigente.
UDI Sé	Ultrassom	1	Ultrassom Doppler colorido com transdutor endocavitário, linear e biconvexo, impressora de papel preto, branco e colorido





Nome da Unidade - LOTE 03	Equipamento	Quantidade	Descrição
HM Waldomiro de Paula	Ultrassom	1	Aparelho de ultrassom projetado para fazer exames em ginecologia, obstetria, abdômen, vascular, urologia, pediatria, músculo esquelético, pequenas partes, cardiologia, neurologia com as seguintes características principais: capacidade de atualizações futuras; sistema com 1024 canais de processamento; monitor Colorido de tela plana; com sistema que ofereça geração de imagem compatível ao Modo B, Modo M, Modo M Color, Doppler Colorido, Doppler Tecidual, HD Flow, Doppler Espectral, Power Doppler, 3D e 4D; modos de divisão de imagem: Modo B, B/B e 4B; Doppler Colorido: B/C com 1, 2 ou 4 imagens e modos Triplex simultâneo B/M/C e B/C/D; impressão em filme UPP 110 S; unidade Básica; transdutor Convexo Volumétrico 4D; transdutor Convexo 3-6 MHz; transdutor Setorial Multifrequencial 1.5 a 3.5 MHz; transdutor Endocavitário 4-8 MHz; transdutor infantil; transdutor Linear 5-11 MHz.
	Raio X Móvel	2	Descrição de Funções: Botão de acionamento da exposição; alça de transporte; painel de controle e indicadores; compartimento do cassete; alavanca de inclinação; conjunto do tubo de raios-X; colimador; câmara de ionização do DAP (opcional); cabo de alimentação; pedal de bloqueio; Descrição do Sistema Manual do Utilizador: conjunto do tubo de raios-X com colimador; conjunto do tubo de raios-X; escala de angulação (em ambos os lados); alça para a rotação do colimador; fita métrica para definição da DFI; parafuso de cabeça; escala de angulação; colimador multilâminas; botão ON/OFF para a lâmpada do localizador de luz; botões de ajuste do colimador; ranhura para filtros adicionais e câmara de ionização do DAP (opcional)
HM Ermelino Matarazo	Tomógrafo	1	MultiSlice 64 canais ou mais
	Raio X Móvel	2	Descrição de Funções: Botão de acionamento da exposição; alça de transporte; painel de controle e indicadores; compartimento do cassete; alavanca de inclinação; conjunto do tubo de raios-X; colimador; câmara de ionização do DAP (opcional); cabo de alimentação; pedal de bloqueio; Descrição do Sistema Manual do Utilizador: conjunto do tubo de raios-X com colimador; conjunto do tubo de raios-X; escala de angulação (em ambos os lados); alça para a rotação do colimador; fita métrica para definição da DFI; parafuso de cabeça; escala de angulação; colimador multilâminas; botão ON/OFF para a lâmpada do localizador de luz; botões de ajuste do colimador; ranhura para filtros adicionais e câmara de ionização do DAP (opcional)

Nome da Unidade - LOTE 04	Equipamento	QTDE.	Descrição
HM Benedito Montenegro (Iva)	Ultrassom com Eco	1	Aparelho de ultrassonografia com os seguintes transdutores multifrequenciais: Convexo, Linear de alta frequência, Endocavitário, Microconvexo, Transdutor 3D/4D, Transdutor para ecocardiografia (adulto e infantil).





**ANEXO VI**  
**COMPOSIÇÃO DO LOTE E VALOR DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO**

TIPO DE EXAME	LOTE 1	
	FÍS	R\$
DENSITOMETRIA	300	R\$ 16.530,00
MAMOGRAFIA	5.922	R\$ 264.656,52
RADIOGRAFIA	16.061	R\$ 123.740,29
RESSONÂNCIA	0	R\$ -
TOMOGRAFIA	0	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA	9.740	R\$ 281.731,33
ECOCARDIOGRAFIA	300	R\$ 11.982,00
<b>TOTAL</b>	<b>32.323</b>	<b>R\$ 698.640,14</b>
REPOSIÇÃO DE PEÇAS (REEMBOLSO)		R\$ 31.438,81
<b>TOTAL GERAL LOTE 01</b>		<b>R\$ 730.078,95</b>

TIPO DE EXAME	LOTE 2	
	FÍS	R\$
DENSITOMETRIA	0	R\$ -
MAMOGRAFIA	3.456	R\$ 151.271,49
RADIOGRAFIA	12.200	R\$ 98.568,70
RESSONÂNCIA	1.000	R\$ 268.750,00
TOMOGRAFIA	2.400	R\$ 256.562,77
ULTRASSONOGRRAFIA	8.688	R\$ 251.395,82
ECOCARDIOGRAFIA	0	R\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>27.744</b>	<b>R\$ 1.026.548,79</b>
REPOSIÇÃO DE PEÇAS (REEMBOLSO)		R\$ 46.194,70
<b>TOTAL GERAL LOTE 02</b>		<b>R\$ 1.072.743,48</b>

TIPO DE EXAME	LOTE 3	
	FÍS	R\$
DENSITOMETRIA	0	R\$ -
MAMOGRAFIA	2.640	R\$ 106.086,23
RADIOGRAFIA	30.815	R\$ 230.596,88
RESSONÂNCIA	950	R\$ 255.312,50
TOMOGRAFIA	2.430	R\$ 260.376,25
ULTRASSONOGRRAFIA	9.680	R\$ 260.720,61
ECOCARDIOGRAFIA	130	R\$ 5.192,20
<b>TOTAL</b>	<b>46.645</b>	<b>R\$ 1.118.284,67</b>
REPOSIÇÃO DE PEÇAS (REEMBOLSO)		R\$ 50.322,81
<b>TOTAL GERAL LOTE 03</b>		<b>R\$ 1.168.607,48</b>

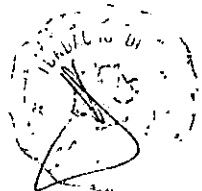
  

TIPO DE EXAME	LOTE 4	
	FÍS	R\$
DENSITOMETRIA	0	R\$ -
MAMOGRAFIA	967	R\$ 43.515,00
RADIOGRAFIA	20.900	R\$ 157.944,52
RESSONÂNCIA	0	R\$ -
TOMOGRAFIA	900	R\$ 94.503,87
ULTRASSONOGRRAFIA	3.739	R\$ 105.914,23
ECOCARDIOGRAFIA	40	R\$ 197.022,03
<b>TOTAL</b>	<b>26.546</b>	<b>R\$ 598.899,66</b>
REPOSIÇÃO DE PEÇAS (REEMBOLSO)		R\$ 26.950,48
<b>TOTAL GERAL LOTE 04</b>		<b>R\$ 625.850,14</b>

TIPO DE EXAME	LOTE 5	
	FÍS	R\$
DENSITOMETRIA	0	R\$ -
MAMOGRAFIA	1.730	R\$ 65.249,60
RADIOGRAFIA	20.300	R\$ 155.366,37
RESSONÂNCIA	0	R\$ -
TOMOGRAFIA	2.400	R\$ 256.090,18
ULTRASSONOGRRAFIA	5.866	R\$ 164.911,27
ECOCARDIOGRAFIA	0	R\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>30.296</b>	<b>R\$ 641.617,41</b>
REPOSIÇÃO DE PEÇAS (REEMBOLSO)		R\$ 28.872,78
<b>TOTAL GERAL LOTE 05</b>		<b>R\$ 670.490,20</b>

**\* Os valores de reposição de peças são fixos e não sofrerão o desconto ou acréscimo aplicado pela contratada.**



**ANEXO VII**  
**MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONDUÇÃO**  
**ADMINISTRATIVA- CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE IMAGEM**

**1. APRESENTAÇÃO**

Este manual tem como objetivo instruir sobre as normas e procedimentos a serem adotados pelos gestores do contrato firmado para a prestação de serviço de exames de diagnóstico por imagem.

Define as responsabilidades e fluxos administrativos serem adotados com a finalidade de garantir o correto registro de informações e embasar a prestação de contas e pagamentos oriundos do contrato de prestação de serviços de exames de imagem.

Este manual poderá ser alterado a qualquer tempo durante a vigência dos contratos com aprovação da área técnica responsável e anuência das empresas contratadas.

**2. OBJETO DE CONTRATAÇÃO**

Contratação de empresa especializada para realização de exames de apoio diagnóstico por imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ecocardiograma e radiografia) incluindo o fornecimento de todos os itens necessários para realização de exames e emissão/entrega de laudos tais como: mão de obra, equipamentos de imagem, insumos, fornecimento de vestes plumbíferas e manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares disponibilizados para execução dos exames, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios de Especialidades (AE), Centros de Referência DST/AIDS (CR), Hospitais Municipais (HM), Pronto Socorros Municipais (PSM) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

**3. RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS**

**CONTRATADA**

Empresa contratada para realização de exames de imagem em determinado lote definido previamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

**SUPERVISOR DA CONTRATADA**

Profissional designado pela **CONTRATADA** para garantir o cumprimento das disposições contratuais.

A **CONTRATADA** deverá disponibilizar:

- Um supervisor (profissional de nível superior), para supervisionar os serviços nas Unidades Hospitalares e Ambulatoriais de Especialidades que se apresente na unidade no mínimo uma vez por semana, ou quando solicitado pela **CONTRATANTE**.

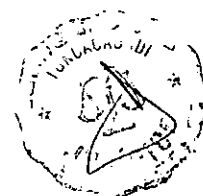
Compete ao **SUPERVISOR DA CONTRATADA**:

1. Garantir o cumprimento rigoroso do objeto.
2. Dar ciência ao **FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONTRATADA- FAC** emitido pelo **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**.

**RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO DA CONTRATADA**

Profissional designado pela **CONTRATADA** para realizar a gerência local e a interlocução da unidade com a supervisão da contratada que deverá estar presente no estabelecimento diariamente em horário comercial.

Compete ao **RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO DA CONTRATADA**:



1. Garantir o correto de registro de procedimentos realizados de acordo com as premissas da Secretaria Municipal de Saúde.
2. Realizar correção de inconsistências no registro de procedimentos realizados quando houver.
3. Apresentar os relatórios de prestação de contas ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**:
  - a. Produção de serviços,
  - b. Cronograma anual de manutenção preventiva e alterações quando houver, para adequação de agendamento de exames,
  - c. Manutenção Preventiva dos equipamentos,
  - d. Manutenção Corretiva dos equipamentos,
  - e. Aquisição de peças para manutenção de equipamentos,
  - f. Controle de dosimetria.
4. Manter atualizados registros diários de produção em **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** para fácil conferência, controle e auditorias.
5. Manter arquivadas cópias de impressos de solicitação de exames para fins de auditoria e conferência.
6. Disponibilizar mensalmente ou sempre que solicitado pelo FISCAL LOCAL DO CONTRATO as **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** dos exames **REALIZADOS**, para conferência.
7. Manter atualizada a relação de prestadores de serviços bem como os números de registros em seus respectivos conselhos para o **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** para atualização de CNES, de modo a garantir a consistência das informações nos sistemas do Ministério da Saúde - SIA e SISAIH01.

CONTRATANTE

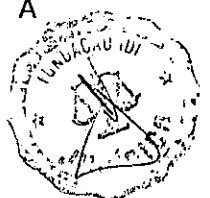
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS-SP

RESPONSÁVEL PELO CONTRATO

**GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO:** Coordenação da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial – CRAEA.

Compete ao **GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO**:

1. Tomar as providências necessárias em caso de:
  - a. Alteração dos valores das tabelas de referência para os exames contratados;
  - b. Solicitação de inclusão de novas Unidades de Saúde que venham a ser inauguradas e que realizarão exames de diagnóstico por imagem;
  - c. Solicitação de inclusão de nova modalidade de exame em Unidade de Saúde que já realiza diagnóstico por imagem;
  - d. Inclusão de serviço de exames de diagnóstico por imagem em Unidade de Saúde existente, e que não o realizava.
2. Analisar as ocorrências técnicas que não forem sanadas pelos FISCALIS LOCAIS e/ou REGIONAIS e dar encaminhamentos necessários.
3. Verificar semestralmente a consistência da produção aprovada pelos FISCALIS REGIONAIS para pagamento, e a produção informada no SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – SIA e PROGRAMA DE APOIO A



ENTRADA DE DADOS DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – SISAIH01 / DataSUS - MS.

4. Acompanhar a execução dos serviços em cada lote.
  - a. Realizar reunião com Responsáveis pelo lote e Contratada, para acompanhamento dos Serviços quando houver necessidade visando proporcionar ciência quanto ao desempenho dos trabalhos realizados naquele período de medição e avaliação, auxílio na correção de processos de trabalho e/ou negociação e aplicação de penalidades se couberem;
  - b. Analisar e deliberar sobre solicitação de prazo para o atendimento de determinado item quando ocorrer não conformidade na prestação dos serviços;
  - c. Caso haja proposição de advertência ou multa fazer a análise das inconsistências apontadas previamente à liquidação do processo de pagamento.

**GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO:** SMS/Divisão de Contratos Administrativos

Compete ao GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO:

1. Realizar a gestão administrativa/ financeira do contrato.
2. Fornecer aos FISCALIS REGIONAIS DO CONTRATO cópia (em meio magnético) dos termos de contrato e seus anexos, bem como Termos Aditivos quando houver.
3. Analisar as ocorrências administrativas que não forem sanadas pelos FISCALIS LOCAIS e/ou REGIONAIS e dar encaminhamentos necessários.
4. Acompanhar e tomar providências sobre a realização de termos aditivos apontados pela área técnica.
5. Aplicar penalidades cabíveis e encaminhar para conhecimento da autoridade competente, garantindo defesa prévia da CONTRATADA.
6. Consolidar as avaliações quantitativas e qualitativas recebidas dos FISCALIS REGIONAIS DO CONTRATO e instruir o processo de pagamento.

---

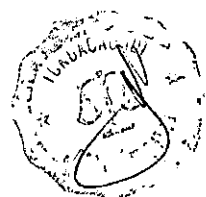
**FISCALIS REGIONAIS DO CONTRATO**

---

- Estabelecimentos ambulatoriais: Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS
- Estabelecimentos hospitalares: Autarquia Hospitalar Municipal – AHM
- Hospital Municipal Dr. Mario Altenfelder da Silva (Cachoeirinha)
  - As Supervisões Técnicas de Saúde terão papel de interlocução entre os FISCALIS LOCAIS e REGIONAIS DO CONTRATO

Compete aos FISCALIS REGIONAIS DO CONTRATO:

1. Analisar as ocorrências técnicas e administrativas que não forem sanadas pelos FISCALIS LOCAIS e dar encaminhamentos necessários.
2. Divulgar para as Unidades de Saúde de sua área de abrangência os termos de contrato e seus anexos, bem como Termos Aditivos quando houver.
3. Comunicar o GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO (SMS.G/CRAEA) com antecedência mínima de 30 dias, a necessidade de realização de Termos Aditivos, quando:



- a. A inauguração de novas Unidades de Saúde na sua área de abrangência que realizarão exames de imagem;
  - b. A implantação de serviços de diagnóstico por imagem em Unidades de Saúde já existentes;
  - c. Inclusão de nova modalidade de exame em Unidade de Saúde que já realiza exames de diagnóstico por imagem (ex: tem radiografias e vai fazer também ultrassonografias);
  - d. A reorganização dos volumes de exames entre as unidades.
4. Implementar nas Unidades de Saúde de sua área de abrangência a planilha eletrônica (Excel) para **CONTROLE DIÁRIO DA PRODUÇÃO DE EXAMES**, a **AVALIAÇÃO QUALITATIVA**, **CONTROLES DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA**, e utilização dos modelos de atestados a contento/não a contento.
5. Realizar o consolidado físico-financeiro da produção, atestados e avaliação qualitativa dos estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência, para cada lote, e encaminhar para **GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO (SMS.1/CONTRATOS)** até o 12º (décimo segundo) dia útil do mês subsequente.
6. São necessários à instrução do processo de pagamento:
- a. Consolidado físico/financeiro de procedimentos realizados;
  - b. Atestados de "a contento" de realização de manutenção preventiva de equipamentos emitidos pelos **FISCAIS LOCAIS DE CONTRATO** de sua área de abrangência;
  - c. Atestados de "a contento" de realização de manutenção corretiva de equipamentos emitidos pelos **FISCAIS LOCAIS DE CONTRATO** de sua área de abrangência;
    - Em casos de troca de peças deverá ser encaminhado:
      - **MEMORANDO PARA COMPRA DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM** (com ordem de serviço e três orçamentos anexados)
      - **AUTORIZAÇÃO DE COMPRA POR SMS**
      - Nota fiscal da aquisição da peça.
  - d. Consolidado avaliações qualitativas de prestação de serviços de todos os estabelecimentos de sua área de abrangência constantes no contrato.

---

**FISCAL LOCAL DO CONTRATO**

---

Gerente ou diretor do estabelecimento de saúde ou pessoa designada por ele sob sua supervisão (preferencialmente da área de radiologia), para acompanhamento do cumprimento contratual.

Compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**:

1. Ser intermediador em entre **CONTRATADO** e **CONTRATANTE (FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO e REPONSÁVEIS PELO CONTRATO)** e pontuar pendências do cumprimento de contrato assim que estas ocorrerem.
2. Zelar pelo cumprimento do objeto contratado no âmbito local.

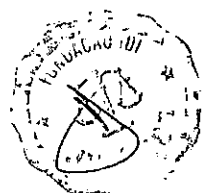




3. Acompanhar funcionamento dos equipamentos e o abastecimento dos insumos necessários à execução do objeto deste do contrato.
4. Garantir condições estruturais e fluxos administrativos locais para o correto registro da produção local.
5. Realizar a conferência das **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** mediante apresentação de documentação comprobatória.
  - a. Será considerada documentação comprobatória:
    - Para os exames sem laudo: impressos de solicitação dos exames (SADT e APAC) com registro/ protocolo de retirada de imagem pelo paciente ou equipe hospitalar,
    - Para os exames com laudo: impressos de solicitação dos exames (SADT e APAC) com registro/ protocolo de retirada da imagem e laudo pelo paciente ou equipe hospitalar.
6. Manter disponível para toda equipe da unidade "Livro de registro de intercorrências" específica para controle do contrato de prestação de serviços de diagnóstico por imagem. Vide capítulo REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS.
7. Realizar mensalmente **AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA CONTRATADA**. Vide capítulo DA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS SERVIÇOS PRESTADOS.
8. Emitir documentações relacionadas a prestação de serviços de exame de imagem e encaminhá-las para o **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO (AHM/ CRS)** até o **6º (sexto) dia útil do mês subsequente**:
  - a. ATESTADO DE "A CONTENTO" DE QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS;
  - b. ATESTADO DE "A CONTENTO" DE REALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS quando houver;
  - c. ATESTADO DE "A CONTENTO" DE REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS quando houver;
  - d. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONTRATADA (FAC).
9. Toda documentação emitida pelo FISCAL LOCAL DO CONTRATO deverá ser assinada juntamente com o gerente/diretor do estabelecimento de saúde que o designou.

#### 4. OFERTA DOS EXAMES

1. Os exames eletivos deverão ser realizados durante o período de funcionamento dos estabelecimentos de saúde indicados no Anexo II, a depender do volume de exames contratado e da disponibilidade de estrutura física.
2. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar as informações sobre datas e horários das vagas para realização dos exames eletivos de forma a subsidiar a elaboração das agendas no sistema SIGA pelo **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**.
  - a. O volume dos subtipos de exames ofertados dentro de cada modalidade deverá ser estabelecido pela regulação regional;
  - b. Para a modalidade de ultrassonografia a contratada deverá garantir minimamente 10% da oferta para exames com doppler, exceto em







- situações de baixa demanda, comprovadas pela central de regulação regional;
- c. Para a modalidade de radiografia, deverão ser ofertados exames contrastados de acordo com a necessidade apontada pela central de regulação regional;
  - d. A oferta de exames com sedação deverá ser estabelecida pela central de regulação regional;
  - e. Todas as agendas deverão ser submetidas à aprovação do fiscal local do contrato.
3. A elaboração das agendas deverá ocorrer por meio do sistema **SIGA-SAÚDE** da SMS/PMSP conforme estabelecido na Portaria 349/2015 SMS.G, ou outra que venha a substituí-la.
- a. As agendas deverão ser disponibilizadas para a rede de serviços de saúde da SMS em tempo hábil para agendamentos nos estabelecimentos de saúde que referenciam pacientes (mínimo 31 dias).
4. Para a realização dos exames em caráter de urgência e emergência deverá ser disponibilizada equipe suficiente para atender toda a demanda durante todo o horário de funcionamento das unidades.

#### 5. REALIZAÇÃO DOS EXAMES

1. A realização dos exames se dará mediante solicitação dos profissionais das Unidades da Rede de Atenção à Saúde (ambulatoriais e hospitalares) da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS/PMSP, por meio da guia "SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA" – SADT ou de solicitação de AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE – APAC/SIGA-Saúde, devidamente preenchidas, assinadas e carimbadas pelo médico solicitante.
2. Os resultados de todos os exames eletivos (agendados) deverão contar com a emissão de laudo.
3. A emissão de laudos de exames de livre demanda ou de urgência e emergência deverá ocorrer sempre que indicado pelo profissional solicitante.
4. Os laudos deverão ser entregues ao usuário em envelope identificado, contendo:
  - Dados de identificação do paciente sendo obrigatório o nº do cartão nacional de saúde,
  - Logomarca da Prefeitura de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Único de Saúde (que será fornecido por SMS na assinatura do contrato),
  - Documentação em filme ou impressa,
  - Laudo descrito,
  - Os exames de tomografia e ressonância magnética deverão ser entregues OBRIGATORIAMENTE EM FILME RADIOGRÁFICO.
5. A CONTRATADA deverá disponibilizar os laudos e resultados dos exames por meio impresso e eletrônico quando viável mediante configuração do equipamento, obrigatoriamente acompanhado da documentação em filme

*duy*

*zf*

*6*

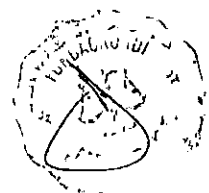




radiográfico para radiografia, tomografia e ressonância magnética e documentação fotográfica para exames de ultrassonografias.

## 6. REGISTRO DE PRODUÇÃO

1. Todos os procedimentos deverão ser registrados nos sistemas oficiais estabelecidos pela SMS-SP (SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO ASSISTENCIAL (SIGA), SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - SIA e PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - SISAIH01), ou outros sistemas que porventura venham a ser implantados pelo Ministério da Saúde, os quais vão alimentar o Banco de Dados do DATASUS/MS, obedecendo aos fluxos e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma da Gerência de Processamento.
2. Cabe ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**, oferecer condições para que a **CONTRATADA** tenha acesso ao sistema de registro ou ofereça fluxos administrativos internos para a correta tabulação das informações.
3. A **CONTRATADA** deverá manter arquivadas todas as solicitações de exames, imagens, laudos e demais documentos que julgar necessário para fins de vistorias e fiscalizações, bem como para atender ao item 4.16 do Termo de Referência.
4. Será considerado como ferramenta de registro de produção **PLANILHAS DE REGISTRO DE PRODUÇÃO** que serão validadas pelo **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** mediante apresentação da documentação comprobatória.
  - a. A planilha deverá conter as seguintes informações:
    - o Identificação do estabelecimento de saúde,
    - o Mês de competência,
    - o Código do procedimento,
    - o Descrição do procedimento realizado,
    - o Quantidade realizada,
    - o Data e assinatura do FISCAL LOCAL DO CONTRATO e SUPERVISOR DA CONTRATADA.
  - b. Todas as folhas deverão estar rubricadas pelo **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** e pelo **SUPERVISOR DA CONTRATADA**.
5. Compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** a elaboração e encaminhamento do documento **ATESTADO DE "A CONTEÚDO" DE QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS** para os **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO**.
6. Compete aos **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO** a consolidação do **ATESTADO DE "A CONTEÚDO" DE QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS** de sua área de abrangência e encaminhar para **GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO (SMS.1/CONTRATOS)**.
7. Compete ao **GESTOR ADMINISTRATIVO** a consolidação das informações regionais e instrução de processo de pagamento e eventual aplicação de penalidades previstas em contrato na ocorrência de não cumprimento contratual.





**ATESTADO DE "A CONTEUDO" DE QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

**ATESTADO DE "A CONTEUDO" DE QUANTITATIVO E REGISTRO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS – FISCAL LOCAL DO CONTRATO**

- Papel timbrado
- Identificação de estabelecimento de saúde

**Ao FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**

**INTERESSADO:** Nome da empresa responsável pelo contrato de prestação e serviços de exames de diagnóstico por imagem

**ASSUNTO:** Atestado de "a conteúdo" de quantitativo e registro de procedimentos realizados no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Pelo presente compete informar que os serviços prestados pela Empresa (nome da CONTRATADA) no período (MÊS/ANO) ao estabelecimento (nome do estabelecimento) foram realizados a contento, nos seguintes quantitativos:

Código do procedimento	Nome do procedimento	Quantidade realizada
0205020046	Ultrassonografia de abdome	500
0205020054	Ultrassonografia de vias urinarias	1000
0204030170	Radiografia de tórax	250
0204010080	Radiografia de crânio	250

\* Tabela ilustrativa para efeito de exemplo.

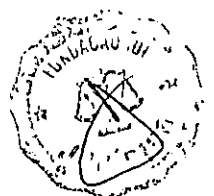
\*\* Não conformidades entre planilha apresentada e documentos comprobatórios deverão ser solucionadas em âmbito local.

Data, nome e assinatura do **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**.

Data, nome e assinatura do **GERENTE / DIRETOR DA UNIDADE**.

Data, nome e assinatura do **SUPERVISOR DA CONTRATADA**.

*[Handwritten signatures and initials]*





**ATESTADO DE "A CONTEúdo" DE QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS –  
FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO**

- Papel timbrado
- Identificação do Responsável (CRS/AHM)
- Identificação do Lote

**À Divisão de Contratos Administrativos**

**INTERESSADO:** Nome da empresa responsável pelo contrato de prestação e serviços de exames de diagnóstico por imagem

**ASSUNTO:** Atestado de "a conteúdo" de quantitativo e registro de procedimentos realizados no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Pelo presente compete informar que os serviços prestados pela Empresa (nome da CONTRATADA) no período (MÊS/ANO), foram realizados a conteúdo, nos seguintes quantitativos:

Código - Procedimentos	Somatória total dos procediment os realizados	Valor unitário do procediment o SUS	% de acréscimo/ desconto	Valor total a pagar. Fórmula = (valor unitário do procedimento SUS + (% de acréscimo/ desconto * valor unitário do procedimento SUS) * total de procedimentos realizados
0205020046 ULTRASSONOGRÁFIAS DE ABDOMEN TOTAL	500	R\$ 10,00	-10%	= (10,00 + (-10%* 10,00)) x 500 = R\$ 4.500,00
0205020054 ULTRASSONOGRÁFIAS DE APARELHO URINARIO	1000	R\$15,00	-10%	R\$ 13.500,00
0204030129 RADIOGRÁFIAS DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	250	R\$ 7,50	-10%	R\$ 1.687,50
0204010080 RADIOGRÁFIAS DE CRANIO (PA + LATERAL)	250	R\$ 7,50	-10%	R\$ 1.687,50
<b>TOTAL REALIZADO</b>				<b>R\$ 21.375,00</b>

\* Tabela ilustrativa para efeito de exemplo.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





## 7. AÇÕES DE MANUTENÇÃO

1. Toda manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de propriedade da SMS, necessários à execução dos exames será responsabilidade da empresa **CONTRATADA**.
2. Os serviços deverão ser executados, sempre que possível, de forma a não interromper ou prejudicar os trabalhos e as atividades exercidas nos locais.
3. Todas as ferramentas, equipamentos e aparelhos mecânicos ou eletrônicos de aferição, regulagem ou ajuste, necessários para a execução dos serviços, objeto deste contrato, deverão ser providenciados e fornecidos pela **CONTRATADA**, não recaindo sobre a **CONTRATANTE** nenhuma responsabilidade quanto ao desgaste ou dano parcial ou total dos mesmos.
4. Deverá a **CONTRATADA** empregar, na execução dos serviços, apenas materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios em bom estado de conservação e próprio para uso, não prejudiciais à saúde humana, e cuja aplicação não cause dano ao patrimônio.
5. A **CONTRATADA** se responsabilizará pela qualidade dos serviços contratados, obedecendo e fazendo com que sejam cumpridas, nas funções que lhe foram atribuídas, todas as normas e regulamentos pertinentes.
6. A **CONTRATADA** deverá possuir um controle de emissão de **Ordem de Serviço (OS)**, o qual deverá ser assinado pelo **GERENTE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, quando da conclusão dos serviços.

### MANUTENÇÃO PREVENTIVA

1. Considera-se serviço de **MANUTENÇÃO PREVENTIVA** aquele que visa manter o equipamento dentro das condições normais de utilização, com objetivo de reduzir as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes ou envelhecimento de seus componentes.
2. Caberá à **CONTRATADA**:
  - a. Apresentar previamente **cronograma anual de visitas técnicas de manutenção preventiva**, de acordo com as recomendações do fabricante e que contemple todos os equipamentos, instalados nas Unidades de Saúde onde os serviços são prestados;
  - b. Realizar obrigatoriamente as visitas de **MANUTENÇÃO PREVENTIVA** de acordo com as recomendações do fabricante e de acordo com cronograma/agenda previamente em acordo com **GERENTE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**. Em caso de intercorrência que impeça a execução da manutenção prevista, apresentando no mesmo ato proposta de novo dia para realização.
3. Caberá ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**:





- a. Manter atualizado o **CRONOGRAMA ANUAL DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA** de seus equipamentos, para adaptar as agendas de atendimento quando necessário;
- b. Conferir e ARQUIVAR uma via das Ordens de Serviço (OS) emitidas pela contratada na data da visita do técnico para comprovação da realização do serviço, em caso de auditoria.

ATESTADO DE "A CONTEúdo" DE REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS

- Papel timbrado
- Identificação de estabelecimento de saúde

**Ao FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**

**INTERESSADO:** Nome da empresa responsável pelo contrato de prestação e serviços de exames de diagnóstico por imagem

**ASSUNTO:** Atestado de "a contento" de realização e manutenção preventiva de equipamentos

Atestamos, para os devidos fins, que:

As manutenções preventivas dos equipamentos de imagem foram realizados "a contento" conforme determinado pelo cronograma apresentado neste estabelecimento, indicado abaixo.

OU

O cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos NÃO foi realizado a contento conforme determinado neste estabelecimento. Ficando as seguintes pendências: (relacionar pendências).

Data, nome e assinatura do **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**.

Data, nome e assinatura do **SUPERVISOR DA CONTRATADA**

**\*\*\*ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ACOMPANHADO DO CRONOGRAMA ANUAL DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E DA RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS INSTALADOS NO ESTABELECIMENTO E REGISTRO DAS MANUTENÇÕES REALIZADAS, EXEMPLO:**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
Equipamento	Marca	Modelo	Nº de Patrimônio SMS	Data da visita do técnico	Número da Ordem de Serviço
Aparelho de ultrassonografia	Alfa	XP	11111-1	01/05/2015	Preventiva 52-150501
Aparelho de raio x	Beta	PX	22222-2	02/05/2015	Corretiva 02-150502

*[Handwritten signatures]*





**MANUTENÇÃO CORRETIVA**

1. Considera-se serviço de **MANUTENÇÃO CORRETIVA** os serviços de reparos para eliminar defeitos ocorridos sob condições de utilização adequada do equipamento, incluindo ainda testes e calibração do equipamento após reparos para garantir seu perfeito funcionamento, a serem efetuados sempre que solicitado.
2. Caracterizada a necessidade da manutenção de qualquer componente do sistema ser efetuada fora da unidade de origem, esta assumirá a responsabilidade pela retirada e reinstalação do equipamento, bem como o ônus do transporte e adaptações físicas/ estruturais necessárias, sem qualquer despesa para o contratante, mediante comunicação formal ao GERENTE DA UNIDADE DE SAÚDE.
3. Caberá à **CONTRATADA**:
  - a. Realizar **MANUTENÇÃO CORRETIVA**, com ou sem reposição de peças, sempre que acionado;
  - b. Comparecer aos chamados de **MANUTENÇÃO CORRETIVA**, quantas vezes forem necessárias, num **prazo máximo de 03 (três) horas após o chamado efetuado por escrito (fax, e-mail)**;
  - c. Permitir o acompanhamento dos Serviços por técnicos e/ou engenheiros da **CONTRATANTE**;
  - d. Quando ocorrer interrupção da realização de qualquer modalidade de exame de imagem, comunicar imediatamente ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** por escrito conforme modelo abaixo.

MEMORANDO DE NOTIFICAÇÃO DE PARALISAÇÃO DE SERVIÇO

- Papel timbrado.
- Identificação da empresa CONTRATADA.
- Identificação do estabelecimento de saúde.
- Identificação do equipamento a ser paralisado (nome, modelo, nº de série, nº de patrimônio se houver).
- Motivo da paralisação.
- Data e horário da notificação.
- Nome completo e assinatura do responsável pela CONTRATADA.
- Nome completo e assinatura do FISCAL LOCAL DO CONTRATO.
- Nome completo e assinatura do GERENTE/ DIRETOR DO ESTABELECIMENTO

**1º VIA:** deverá servir para fins de prestação de contas pelos trâmites da **CONTRATANTE**.

**2º VIA:** deverá ficar arquivado no setor de exames do estabelecimento de saúde.

- e. Se responsabilizar por toda a logística de remanejamento de pacientes agendados e não atendidos nos casos de interrupção do serviço por motivos relativos à falta de profissionais ou avarias nos equipamentos.





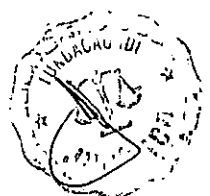
- f. Emitir **ORDEM DE SERVIÇO** em cada visita efetuada por técnico da **CONTRATADA**, mencionando:
- Serviços executados,
  - Peças substituídas,
  - Recomendações necessárias para manter o equipamento em boas condições de funcionamento.

---

AQUISIÇÃO DE PEÇAS

---

1. A substituição de peças, componentes e acessórios, quando necessários, **será fornecida pela CONTRATADA mediante prévia autorização de SMS**, para os equipamentos de propriedade da **CONTRATANTE**.
2. Caberá a **CONTRATADA**:
  - a. A solicitação de **COMPRA DE PEÇAS** para equipamentos de propriedade da SMS acompanhada dos seguintes documentos ao **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**:
    - **Ordem de Serviço (OS)** emitida pelo técnico que fez a vistoria no equipamento, assinada pelo técnico e pelo gerente do estabelecimento de saúde,
    - **03 (três) orçamentos** com a cotação da peça a ser substituída, com a identificação da empresa, assinatura do responsável pela emissão do orçamento, e valores em reais,
    - Quando o fornecedor detiver exclusividade para o fornecimento da peça a **CONTRATADA** deverá apresentar, juntamente com a solicitação, a **declaração de exclusividade** (original ou cópia autenticada);
    - Somente serão aceitas substituições de peças por outras novas e originais de fábrica.
  - b. De posse do documento de autorização emitida pela SMS, executar serviço de substituição em até 15 dias corridos.
  - c. **Garantir os serviços executados bem como as peças fornecidas**, pelo período de no mínimo **90 (noventa) dias, contados a partir da data da finalização da execução dos serviços**.
3. Quanto ao **ressarcimento**:
  - a. As despesas decorrentes da compra de peças de reposição para manutenção corretiva serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**, e para tal deverão ser apresentados os seguintes documentos ao **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**:
    - Atestados de "a contento" de realização de manutenção corretiva de equipamentos emitidos pelos FISCALIS LOCAIS DE CONTRATO de sua área de abrangência;
    - MEMORANDO PARA COMPRA DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (com ordem de serviço e três orçamentos anexados)







- AUTORIZAÇÃO DE COMPRA POR SMS
- Nota fiscal da aquisição da peça.

*[A large, vertical, wavy line, possibly a signature or a placeholder for a signature, extending from the top of the list down towards the bottom of the page.]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





DOCUMENTOS RELACIONADOS

**MEMORANDO PARA COMPRA DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

- Papel timbrado
- Identificação de Lote
- Identificação de responsável pelo lote (CRS/AHM)
- Identificação de estabelecimento de saúde (nome, CNES, endereço completo)

**Ao FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**

Enviamos a ordem de serviço e três orçamentos para avaliação e autorização de aquisição das peças relacionadas para manutenção do equipamento (descrever equipamento).

- Identificação do equipamento (tipo, modelo, marca, nº de série, nº de patrimônio)
- Descrição do problema e/ou defeito apresentado
- Descrição de peça a ser adquirida
- Anexos:
  - Carta de exclusividade de fornecimento de peça emitida pela empresa com valor cotado
- ou
- Pesquisa de preço realizada (COM CÓPIA DE DOCUMENTAÇÃO ANEXA)
  - Orçamento 1
    - Empresa
    - Valor
  - Orçamento 2
    - Empresa
    - Valor
  - Orçamento 3
    - Empresa
    - Valor
- Identificação do GERENTE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – carimbo e assinatura





AUTORIZAÇÃO DE COMPRA POR SMS

O documento **SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**, deverá ser acompanhado de folha anexa com campos de autorização concomitante de demais instâncias responsáveis pelo contrato (**FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO – CRS/AHM – e GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO**, modelo de conteúdo a seguir:

À

**GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO de serviços de exames de apoio diagnóstico por imagem**

Enviamos o orçamento de menor preço, conforme proposta nº \_\_\_\_ apresentada pela Empresa \_\_\_\_ no valor de R\$ \_\_\_\_, e encaminhamos para avaliação.

Data, assinatura e carimbo do **Superintendente/Coordenador Regional de Saúde (FISCAL REGIONAL DO CONTRATO – CRS/AHM)**

**Deliberação da SMS Gabinete:**

Autorizado  Não autorizado

Data, assinatura e carimbo **GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO**

ATESTADO "A CONTENTO" DE MANUTENÇÃO CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS

Ao **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO**

**INTERESSADO:** nome da empresa responsável pelo contrato de prestação e serviços de exames de diagnóstico por imagem

**ASSUNTO:** AVALIAÇÃO DE MANUTENÇÃO CORRETIVA COM OU SEM REPOSIÇÃO DE PEÇAS – nome do estabelecimento e identificação de lote

Atestamos, para os devidos fins, que a manutenção corretiva do equipamento (descrever o nome do equipamento) marca\_\_\_/ modelo\_\_\_/ nº de Patrimônio SMS\_\_\_ foi realizada "a contento" (descrever se houve troca de peça) e o equipamento encontra-se em funcionamento.

OU

Atestamos, para os devidos fins, que a manutenção corretiva do equipamento (descrever o nome do equipamento) marca\_\_\_/ modelo\_\_\_/ nº de Patrimônio SMS\_\_\_ não foi realizada "a contento" (especificar justificativas).

Data, nome e assinatura do **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**.

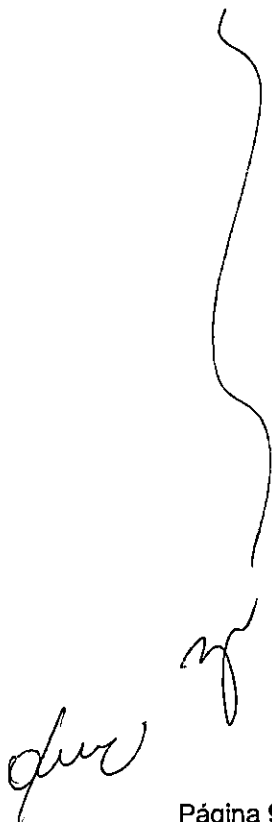
Data, nome e assinatura do **SUPERVISOR DA CONTRATADA**.





**REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS**

1. Compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** disponibilizar a toda equipe o "Livro de registro de ocorrências" específico para anotações do contrato de prestação de serviços de diagnóstico por imagem.
2. A anotação deve conter:
  - a. Dia e hora do evento/ocorrência,
  - b. Assinatura de duas pessoas presentes ao local (devidamente identificadas) - preferencialmente servidores da administração,
  - c. Descrição detalhada da ocorrência.
3. Devem ser registradas as ocorrências referentes a:
  - a. Recursos humanos (faltas, atrasos, falta de postura, entre outros),
  - b. Processos de trabalho (atrasos nas entregas de laudos, queixas técnicas, falta ou má qualidade dos insumos, entre outros),
  - c. Poderão ser anexados cópias ou fotografias de exames (sem identificação do paciente), laudos, relatório de ocorrências e/ou outros documentos comprobatórios.
4. Compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** a articulação com a **CONTRATADA** a fim de sanar as dificuldades registradas no livro.
5. Não ocorrendo a resolução do problema, compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** o envio das informações ao **FISCAL REGIONAL**.
6. Não ocorrendo a resolução do problema, compete aos **RESPONSÁVEIS PELO CONTRATO (GESTORES TÉCNICO E ADMINISTRATIVO)** adotarem as medidas administrativas pertinentes, garantindo a ampla defesa do contratado.





**8. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

1. Compete ao **FISCAL LOCAL DO CONTRATO**, com base nos registros no livro de intercorrências e **FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONTRATADA**, efetuar o acompanhamento diário do serviço prestado, registrando e arquivando as informações de forma a justificar tecnicamente a avaliação mensal da **CONTRATADA**.
2. O resultado da avaliação mensal deverá ser encaminhado aos **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO**, juntamente com demais documentos comprobatórios de prestação de contas até o **SEXTO** dia útil do mês subsequente, acompanhado das justificativas.
3. Compete aos **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO** auxiliar o **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** nas tratativas e interlocuções com a **CONTRATADA** na resolução de problemáticas que venham aparecer na avaliação.

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONTRATADA- FAC**

1. A avaliação mensal deverá ser feita utilizando-se o instrumento padronizado, para as modalidades de exame realizadas no local.
2. **O FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONTRATADA- FAC** é composto por 19 questões divididas em quatro temas.
3. Para cada questão atribuem-se as respostas: atendido (A), parcialmente atendido (P) e não atendido (N).
4. Das pontuações:
  - a. Atribui-se nota **3 (três)** para cada resposta "Atendido - **A**",
  - b. Atribui-se nota **1 (um)** para cada resposta "Parcialmente atendido - **P**",
  - c. Atribui-se nota **0 (zero)** para cada resposta "Não atendido - **N**".
5. Do cálculo de pontuação:
  - a. Para cada questão atribui-se um peso percentual de acordo com sua relevância, e a soma deste percentual resulta em 100% para cada tema,
  - b. Cada nota é multiplicada pelo peso da questão respectiva, e a soma destas notas resulta na nota final do tema,
  - c. Cada tema apresentará um índice de conformidade próprio que é o resultado da nota final do tema dividido pelo valor da nota máxima (três), gerando um número percentual,
  - d. O resultado final da avaliação é a soma das notas de cada tema dividido pela valor de nota máxima (nota máxima (15) = nota máxima 3 (três) X 5 (cinco) temas), gerando um valor percentual.
6. Do conceito final da avaliação qualitativa, serão considerados:
  - a. **SATISFATÓRIA**: quando o Prestador alcançar 70% ou mais do total de pontos para os quesitos avaliados;
  - b. **INSATISFATÓRIA**: quando o Prestador não alcançar 70% do total de pontos para os quesitos avaliados.
  - c. **INSATISFATÓRIO GLOBAL** quando a média das notas atribuídas pelas unidades for inferior a 70%.

*duv zf*

*7*



7. Das penalidades referentes à avaliação qualitativa:
- A penalidade **ADVERTÊNCIA** poderá ser aplicada pelo **GESTOR ADMINISTRATIVO** após 02 (duas) avaliações com conceito INSATISFATÓRIO consecutivos na mesma unidade ou após 03 (três) conceitos INSATISFATÓRIOS alternados em qualquer estabelecimento de saúde do respectivo lote, no período contratual;
  - Após a aplicação de advertência, a penalidade **MULTA** poderá ser aplicada à **CONTRATADA** segundo cláusula específica do Contrato, mediante considerações do **GESTOR TÉCNICO DO CONTRATO (SMS.G/CRAEA)** na ocorrência de conceito "INSATISFATÓRIO" por 03 (três) avaliações subsequentes ou 04 (quatro) alternadas, em quaisquer estabelecimentos de saúde, no período contratual.
  - Poderá ser sugerida a **RESCISÃO CONTRATUAL** pelo **GESTOR ADMINISTRATIVO DO CONTRATO (SMS.1/CONTRATOS)** no caso de conceito "INSUFICIENCIA GLOBAL" por 02 (duas) avaliações subsequentes ou 03 (três) alternadas, na vigência do contrato.
8. Em todos os casos será garantida a defesa da **CONTRATADA**, previamente à aplicação das penalidades previstas no contrato.
9. Das respostas negativas:
- Quando na avaliação qualitativa mensal for atribuída conceito "não atendido" a um ou mais quesitos avaliados, o **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** deverá comunicar (por escrito) ao interlocutor da **CONTRATADA** imediatamente para que sejam solucionadas as não conformidades;
  - Na ocorrência de notas 0 (zero) por 02 (duas) avaliações consecutivas ou 03 (três) alternadas, no período contratual, em quaisquer dos itens avaliados, o **FISCAL LOCAL DO CONTRATO** deverá comunicar **FISCAIS REGIONAIS DO CONTRATO** para que se tome as providências cabíveis;
  - Se a **CONTRATADA** solicitar prazo para o atendimento de determinado item, esta solicitação deve ser formalizada, objetivando a análise do pedido pelo **FISCAL REGIONAL DO CONTRATO** que poderá ou não anuir. Se for concedido prazo para solução da(s) não conformidade(s), nesse período, o item deverá ser avaliado como atendido acompanhado de observações quanto aos acordos firmados.





ROTEIRO DE PREENCHIMENTO

A tabela abaixo apresenta um roteiro de questões para auxiliar no preenchimento de cada item do FAC:

**TEMA 01: RECURSOS HUMANOS**

**1.1 Disponibilidades de recursos humanos necessários para garantir todo o fluxo de prestação de serviços no período necessário.**

- A empresa mantém equipe qualificada, escala completa e suficiente para atendimento das atividades solicitadas?
- A empresa disponibilizou profissionais médicos para a realização de todos os tipos de exames previstos (radiologistas, anestesistas para sedação, cardiologista para ecocardiograma e outros que forem necessários)?
- A empresa disponibilizou profissionais para recepção, administração de contrastes, registro e faturamento de produção entre outros?
- Algum tipo de exame teve que ser cancelado ou remarcado por falta de profissionais?

**1.2. Apresentação dos funcionários (uniforme, crachás de identificação, EPI).**

- Os funcionários da empresa utilizam uniformes em bom estado de conservação e identificação de logomarca?
- Os funcionários mantêm aparência pessoal adequada e crachá de identificação, com foto e logo da empresa?
- A empresa fornece EPI's e EPC's para os funcionários?
- Os funcionários utilizam adequadamente os EPI's e EPC's?
- Os funcionários respeitam o uso de dispositivos de dosimetria adequadamente?

**1.3. Pontualidade e assiduidade dos funcionários.**

- Os funcionários da empresa são pontuais no horário de entrada e saída conforme escala de trabalho?
- É comum os casos de ausências de funcionários da empresa (justificadas ou não)?

**1.4. Substituição de funcionário(s) em caso de faltas, licenças e outros ou remanejamento adequado das agendas.**

- A empresa é notificada pelo responsável administrativo da contratada tão logo ocorram às ausências?
- Os funcionários ausentes são repostos em até 3 horas após a notificação da empresa?
- A substituição de funcionários ausentes é feita por outro de qualificação equivalente?





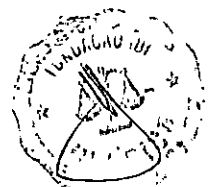
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Na ausência de profissionais a empresa se responsabiliza pelo remanejamento da agenda adequadamente sem que haja prejuízos ao paciente?</li><li>• A substituição de funcionários ocorre tão logo seja solicitada a empresa?</li></ul>
<b>1.5. Cumprimento dos funcionários às normas e rotinas próprias do estabelecimento de saúde (acesso a áreas restritas, uso de áreas comuns, outros).</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os funcionários da contratada prestam atendimento cordial e respeitoso com pacientes e demais funcionários?</li><li>• Os funcionários da empresa atendem prontamente todas as recomendações da Unidade, que visem a regular execução do trabalho?</li><li>• Os funcionários respeitam as normas e rotinas da unidade como acesso a áreas restritas, normas de uso de áreas comuns entre outros?</li><li>• A empresa presta esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente as reclamações sobre seus serviços?</li></ul>

## TEMA 02: DESEMPENHO ADMINISTRATIVO E GERENCIAMENTO

<b>2.1. Acesso aos representantes da CONTRATADA responsáveis pela execução do contrato.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os representantes da empresa (responsável administrativo e/ou superviso da contratada) são acessíveis?</li><li>• As necessidades do estabelecimento são ouvidas e solucionadas?</li></ul>
<b>2.2. Disponibilidade das informações para elaboração de agendas em tempo hábil para agendamentos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• As informações sobre os profissionais (nome, CNS, escala de trabalho, tipo de exame que realiza, entre outros) são entregues em tempo hábil para a elaboração e disponibilização das agendas no sistema de acordo com o cronograma de agendas da SMS.</li><li>• Alterações na estrutura das agendas são recorrentes após sua divulgação?</li></ul>
<b>2.3. Oferta das modalidades de exames de acordo com os apontamentos da central de regulação regional.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A disponibilidade de profissionais da empresa permite respeitar os apontamentos de oferta de exames de acordo com a regulação regional (tipos de exames, quantitativos necessários, proporção de oferta interna e externa, entre outros)</li></ul>

*duo* *2*  
*nf*

*nf*







<b>2.4. Entrega da documentação para prestação de contas até o terceiro dia útil do mês subsequente.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O responsável administrativo da contratada entrega as documentações necessárias para prestação de contas para conferência do fiscal local em tempo hábil para atender os prazos estipulados no contrato (as planilhas de registro de produção, controle de manutenção preventiva e corretiva, aquisição de peças, entre outros)?</li></ul>
<b>2.5. Entrega de comprovantes de realização de exames.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O responsável administrativo da contratada entrega os comprovantes de realização de exames para conferência do fiscal local em tempo hábil para atender os prazos estipulados no contrato?</li><li>• A documentação comprobatória é condizente com o apresentado na planilha de registro de produção?</li></ul>
<b>2.6. Qualidade do serviço de manutenção</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• As ações de manutenção preventiva são realizadas por técnicos capacitados?</li><li>• As ações de manutenção corretiva são eficientes?</li><li>• Há muita reincidência de necessidade de manutenção após o conserto dos equipamentos?</li><li>• Os serviços de manutenção ocorrem de modo a não prejudicar ou alterar o mínimo possível às rotinas da unidade?</li></ul>

**TEMA 03: FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MATERIAIS.**

<b>3.1. Qualidade dos insumos e materiais administrativos.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os insumos assistenciais fornecidos pela empresa são de boa qualidade e atendem às exigências de ANVISA e SMS?</li><li>• Os insumos administrativos são de boa qualidade?</li><li>• Os problemas identificados em lotes de abastecimento são sanados pela empresa (registro de não conformidade, substituição de lote, entre outros)?</li></ul>
<b>3.2. Fornecimento de vestimentas plumbíferas e protetores de tireoide.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A empresa fornece vestimentas plumbíferas para funcionários e pacientes sempre que necessário?</li><li>• As vestimentas estão em bom estado de conservação?</li></ul>
<b>3.3. Fornecimento de dosímetros para equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A empresa fornece dispositivos para dosimetria de radiação para todos os seus funcionários?</li></ul>





- É feita a substituição sempre que necessário?

**TEMA 04: REALIZAÇÃO DOS EXAMES**

**4.1. Identificação de laudos e padronização de impressos** • Os laudos emitidos pela empresa respeitam a padronização estipulada por SMS em contrato (identificação do paciente, logotipos padronizados, envelopes, entre outros)?

**4.2. Qualidade do laudo** • Há registro de reclamações médicas quanto ao conteúdo dos laudos ou necessidade de repetição do exame por laudo não condizente com a clínica apresentada, erros na área anatômica analisada, entre outros?

**4.3. Qualidade da imagem** • Há registro de reclamações médicas quanto a qualidade das imagens dos exames realizados ou necessidade de repetição de exame justificada por má qualidade de imagem, erro na área anatômica registrada, entre outros?

**4.4. Disponibilidade de laudos on line** • A empresa fornece link para acesso *on-line* de médicos solicitantes e pacientes a imagem e/ou laudos?  
• Há registros de reclamações quanto a acessibilidade do link?

**4.5. Descarte de resíduos** • A empresa se responsabiliza pelo armazenamento e descarte dos resíduos radiológicos provenientes da execução dos exames?  
• Há acúmulo de resíduos no estabelecimento de saúde?



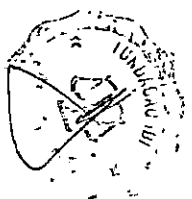


**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		CNES			
EMPRESA CONTRATADA		AVALIAÇÃO REFERENTE AO PERÍODO		MÊS	ANO
<b>TEMA 1: RECURSOS HUMANOS</b>		<b>A- PESO</b>	<b>B- CONCEITO</b>	<b>C- NOTA</b>	<b>D- SUBTOTAL FORMULA = A*C</b>
1.1 Disponibilidade de recursos humanos necessários para garantir todo o fluxo de prestação de serviços no período necessário.		35%	A	3	1,05
1.2. Apresentação dos funcionários (uniforme, crachá de identificação e EPI).		10%	P	1	0,1
1.3. Pontualidade e assiduidade dos funcionários.		15%	N	0	0
1.4. Substituição de funcionário(s) em caso de faltas, licenças e outros ou remanejamento adequado das agendas.		20%	A	3	0,6
1.5. Cumprimento dos funcionários às normas e rotinas próprias do estabelecimento de saúde (acesso a áreas restritas, uso de áreas comuns, outros).		20%	P	1	0,2
<b>AVALIAÇÃO DO TEMA</b>		<b>100%</b>			<b>1,95</b>
ÍNDICE DE CONFORMIDADE FORMULA = SOMA D/ 3 (valor da nota máxima)					
<b>TEMA 2: DESEMPENHO ADMINISTRATIVO E GERENCIAMENTO</b>		<b>A- PESO</b>	<b>B- CONCEITO</b>	<b>C- NOTA</b>	<b>D- SUBTOTAL FORMULA = A*C</b>
2.1. Acesso aos representantes da CONTRATADA responsáveis pela execução do contrato.		20%	A	3	0,6
2.2. Disponibilidade das informações para elaboração de agendas em tempo hábil para agendamentos.		20%	A	3	0,6
2.3. Oferta das modalidades de exames de acordo com os apontamentos da central de regulação regional.		15%	A	3	0,45
2.4. Entrega da documentação para prestação de contas até o terceiro dia útil do mês subsequente.		15%	A	3	0,45
2.5. Entrega de comprovantes de realização de exames.		15%	P	1	0,15
2.6. Qualidade do serviço de manutenção		15%	P	1	0,15
<b>AVALIAÇÃO DO TEMA</b>		<b>100%</b>			<b>2,4</b>
ÍNDICE DE CONFORMIDADE FORMULA = SOMA D/ 3 (valor da nota máxima)					
<b>TEMA 3: FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MATERIAIS</b>		<b>A- PESO</b>	<b>B- CONCEITO</b>	<b>C- NOTA</b>	<b>D- SUBTOTAL FORMULA = A*C</b>
3.1. Qualidade dos insumos e materiais administrativos.		40%	A	3	1,2
3.2. Fornecimento de vestimentas plumbíferas e protetores de tireoide.		30%	A	3	0,9
3.3. Fornecimento de dosímetros para equipe		30%	A	3	0,9
<b>AVALIAÇÃO DO TEMA</b>		<b>100%</b>			<b>3</b>
ÍNDICE DE CONFORMIDADE FORMULA = SOMA D/ 3 (valor da nota máxima)					
<b>TEMA 4: REALIZAÇÃO DOS EXAMES</b>		<b>A- PESO</b>	<b>B- CONCEITO</b>	<b>C- NOTA</b>	<b>D- SUBTOTAL FORMULA = A*C</b>
4.1. Identificação de laudos e padronização de impressos		25%		0	0
4.2. Qualidade do laudo		25%		0	0
4.3. Qualidade da imagem		20%		0	0
4.4. Disponibilidade de laudos on line		5%		0	0
4.5. Descarte de resíduos		25%		0	0
<b>AVALIAÇÃO DO TEMA</b>		<b>100%</b>			<b>0</b>
ÍNDICE DE CONFORMIDADE FORMULA = SOMA D/ 3 (valor da nota máxima)					
<b>RESULTADO DA AVALIAÇÃO QUALITATIVA</b>					<b>7,35</b>
<b>CONCEITO/ NOTA</b>		<b>DIRETOR/ GERENTE DO ESTABELECIMENTO</b>		<b>FISCAL LOCAL DO CONTRATO</b>	
A- ATENDIDO = 3					
P - PARCIALMENTE ATENDIDO = 1					
N - NÃO ATENDIDO = 0					
S - Satisfatório (ÍNDICE DE CONFORMIDADE ≥ 70%)					
Data:		Data:		Data:	

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*



*Handwritten mark*



**ANEXO VIII – COMPOSIÇÃO DE VALORES**

LOTE 1		R\$	% de desconto/acrécimo	Valor mensal	Valor anual
Exame	Físico				
Densitometria	300	R\$ 16.530,00	89%	R\$ 31.197,49	R\$ 374.369,84
Mamografia	5922	R\$ 264.656,52	89%	R\$ 499.492,94	R\$ 5.993.915,25
Radiografia	16061	R\$ 123.740,29	89%	R\$ 233.538,18	R\$ 2.802.458,11
Ultrassonografia	9740	R\$ 281.731,33	89%	R\$ 531.718,66	R\$ 6.380.623,90
Eccardografia	300	R\$ 11.982,00	89%	R\$ 22.613,93	R\$ 271.367,18
<b>Total de Exames</b>	<b>32323</b>				
Reposição de peças (reembolso)		R\$ 31.438,81		R\$ 31.438,81	R\$ 377.265,72
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 730.078,95</b>		<b>R\$ 1.350.000,00</b>	<b>R\$ 16.200.000,00</b>

LOTE 2		R\$	% de desconto/acrécimo	Valor mensal	Valor anual
Exame	Físico				
Mamografia	3456	151271,49	-38,31%	R\$ 93.312,00	R\$ 1.119.744,00
Radiografia	12200	98568,7	65,98%	R\$ 163.602,00	R\$ 1.963.224,00
Ressonância	1000	268750	-12,93%	R\$ 234.006,00	R\$ 2.808.072,00
Tomografia	2400	256562,77	87,09%	R\$ 480.000,00	R\$ 5.760.000,00
Ultrassonografia	8688	251395,82	20,96%	R\$ 304.080,00	R\$ 3.648.960,00
<b>Total</b>	<b>27744</b>	<b>R\$ 1.026.548,79</b>			
Reposição de peças (reembolso)		R\$ 46.194,70			
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 1.072.743,48</b>		<b>R\$ 1.275.000,00</b>	<b>R\$ 15.300.000,00</b>

LOTE 3		R\$	% de desconto/acrécimo	Valor mensal	Valor anual
Exame	Físico				
Mamografia	2640	R\$ 106.086,23	-12,90%	R\$ 92.400,00	R\$ 1.108.800,00
Radiografia	30815	R\$ 230.596,88	100,45%	R\$ 462.225,00	R\$ 5.546.700,00
Ressonância	950	R\$ 255.312,50	11,63%	R\$ 285.000,00	R\$ 3.420.000,00
Tomografia	2430	R\$ 260.376,25	154,80%	R\$ 663.438,60	R\$ 7.961.263,20
Ultrassonografia	9680	R\$ 260.720,61	48,51%	R\$ 387.200,00	R\$ 4.646.400,00
Eccardografia	130	R\$ 5.192,20	87,52%	R\$ 9.736,40	R\$ 116.836,82
<b>Total de Exames</b>	<b>46645</b>	<b>R\$ 118.284,67</b>			
Reposição de peças (reembolso)		R\$ 50.322,81			
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 1.168.607,48</b>		<b>R\$ 1.900.000,00</b>	<b>R\$ 22.800.000,00</b>

LOTE 4		R\$	% de desconto/acrécimo	Valor mensal	Valor anual
Exame	Físico				
Mamografia	967	R\$ 43.515,00	-37,80%	R\$ 27.066,33	R\$ 324.795,96
Radiografia	20900	R\$ 157.944,52	220,62%	R\$ 506.407,00	R\$ 6.076.884,00
Tomografia	900	R\$ 94.503,87	187,73%	R\$ 271.915,74	R\$ 3.262.988,88
Ultrassonografia	3739	R\$ 105.914,23	72,98%	R\$ 183.211,00	R\$ 2.198.532,00
Eccardografia	40	R\$ 197.022,03	-96,75%	R\$ 6.399,93	R\$ 76.799,18
<b>Total de Exames</b>	<b>26546</b>	<b>R\$ 598.899,66</b>			
Reposição de peças (reembolso)		R\$ 26.950,48			
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 625.850,14</b>		<b>R\$ 995.000,00</b>	<b>R\$ 11.940.000,00</b>

LOTE 5		R\$	% de desconto/acrécimo	Valor mensal	Valor anual
Exame	Físico				
Mamografia	1730	R\$ 65.249,60	85%	R\$ 120.667,93	R\$ 1.448.015,11
Radiografia	20300	R\$ 155.366,37	85%	R\$ 287.323,41	R\$ 3.447.880,92
Tomografia	2400	R\$ 256.090,18	85%	R\$ 473.594,79	R\$ 5.683.137,51
Ultrassonografia	5866	R\$ 164.911,27	85%	R\$ 304.975,06	R\$ 3.659.700,75
<b>Total de Exames</b>	<b>30296</b>				
Reposição de peças (reembolso)		R\$ 31.438,81		R\$ 31.438,81	R\$ 377.265,72
<b>Total Geral</b>		<b>R\$ 673.056,23</b>		<b>R\$ 1.218.000,00</b>	<b>R\$ 14.616.000,00</b>

*[Handwritten signature]*

