



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R. Coronel Virgílio Rocha, Nº 238, Centro, CEP 18.682-046
Fone (14) 3263-0020 - Email: saude@lencoispaulista.sp.gov.br

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de prestação de serviços de imagem e diagnóstico médicos de exames de Ressonância Magnética Nuclear.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A presente contratação justifica-se para suprir a demanda reprimida de exames de ressonância magnética, com ou sem contraste.

3. CARACTERÍSTICAS

3.1. Tipos de Exames a serem contratados:

LOTE	Exames	Quantidade Estimada	Valor
Único	Ressonância Magnética Coluna Cervical/Pescoço	100	
	Ressonância Magnética Coluna Lombo-Sacra	200	
	Ressonância Magnética Crânio	50	
	Ressonância Magnética Crânio (Encéfalo)	50	
	Ressonância Magnética Joelho	150	
	Ressonância Magnética Ombro	50	
	Ressonância Magnética Tornozelo	50	
	Ressonância Magnética Abdomen Superior	30	
	Ressonância Magnética Bacia/Pelve (Feminina)	50	
	Ressonância Magnética Bacia/Pelve (Masculina)	20	
	Ressonância Magnética Tórax	30	
	Ressonância Magnética Coluna Torácica	30	
	Resson. Magn. Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	30	
	Ressonância Magnética Ouvidos	10	
	Ressonância Magnética Quadril	20	
	Ressonância Magnética Mão	20	
	Ressonância Magnética Punho	20	
TOTAL DO LOTE 02		910	

3.2. Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados impressos e em mídia digital, devendo



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R. Coronel Virgílio Rocha, Nº 238, Centro, CEP 18.682-046
Fone (14) 3263-0020 - Email: saude@lencoispaulista.sp.gov.br

ser assinados por profissional habilitado e entregues em, no máximo, 10 (dez) dias úteis, contados da data de realização dos mesmos.

3.2.1. Em se tratando de exames de urgência, os laudos deverão ser liberados em 04 horas.

3.3. É indispensável que a CONTRATADA tenha equipamentos de alta qualidade, em condições adequadas e em conformidade com a legislação pertinente para execução dos serviços contratados.

3.4. Todos os materiais e insumos a serem utilizados na realização dos exames serão de responsabilidade da CONTRATADA, não respondendo o Município de Lençóis Paulista por qualquer ônus.

3.5. Os exames deverão ser agendados pela Central de Regulação de Serviços de Saúde, mediante a apresentação de Guias de Solicitação de Exame (SADT), em, no máximo, 10 (dez) dias corridos.

3.6. Para maior agilidade e conforto no atendimento aos pacientes, maior resolutividade na prestação dos serviços e maior economicidade dos recursos públicos em relação aos custos de deslocamentos dos pacientes, a CONTRATADA que não for estabelecida em Lençóis Paulista deverá realizar os exames no Município de Lençóis Paulista lançando mão de equipamento móvel para os exames compatíveis ou deverá transportar os pacientes e seu acompanhante até o local onde a CONTRATADA possua equipamento fixo.

3.6.1. No caso de transporte do paciente e seu acompanhante, este deverá ocorrer, no mínimo, em 2 períodos durante o dia, sendo que o tempo máximo de espera do paciente entre a realização exame e seu retorno à Lençóis Paulista não pode ser superior a 6 horas.

3.6.2. Caso haja ocorrências fortuitas, em que o paciente necessite permanecer no serviço, o Contratado deverá fornecer a sua alimentação, bem como ao acompanhante.

3.6.3. A CONTRATADA poderá utilizar unidade móvel, conforme item 3.6, ficando a seu cargo todos os ônus decorrentes da instalação e funcionamento do equipamento.

4. FATURAMENTO E PAGAMENTO

4.1. O pagamento será efetuado mensalmente, em até **10 (dez) dias** após o mês trabalhado e apresentação da nota fiscal.

4.2. Junto a Nota Fiscal, deverá apresentar relatório contendo a relação de pacientes agendados, com data, hora e tipo de ressonância, inclusive os pacientes que compareceram e faltaram, para fins de controle da Regulação Municipal.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R. Coronel Virgílio Rocha, Nº 238, Centro, CEP 18.682-046
Fone (14) 3263-0020 - Email: saude@lencoispaulista.sp.gov.br

4.3. Nas notas fiscais deverão ser indicados o número da AF correspondente e o período do contrato a que se refere a nota.

4.4. No ato do pagamento, a Prefeitura realizará a retenção dos tributos incidentes sobre a prestação dos serviços, de acordo com a legislação em vigor.

4.5. Não serão aceitas, em hipótese alguma, notas fiscais de serviços não executados.

4.6. Qualquer erro ou omissão ocorridos na documentação fiscal será motivo de correção por parte da contratada e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

4.7. A devolução da nota fiscal não aprovada pela Prefeitura, em hipótese alguma servirá de pretexto para que a empresa suspenda a execução de quaisquer serviços.

Lençóis Paulista, 25 de Novembro de 2021.

RICARDO CONTI BARBEIRO
Secretário de Saúde