



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de prestação de serviços de imagem e diagnóstico médicos de exames de Ressonância Magnética Nuclear, com ou sem contraste.

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, separados por Lote:

LOTE	Exames	Quantidade Estimada	Valor
01	Ressonância Magnética Coluna Cervical/Pescoço Ressonância Magnética Coluna Lombo-Sacra Ressonância Magnética Crânio Ressonância Magnética Crânio (Encéfalo) Ressonância Magnética Mão Ressonância Magnética Punho Ressonância Magnética Joelho Ressonância Magnética Ombro Ressonância Magnética Tornozelo	325	
02	Ressonância Magnética Abdomen Superior Ressonância Magnética Bacia/Pelve (Feminina) Ressonância Magnética Bacia/Pelve (Masculina) Ressonância Magnética Tórax Ressonância Magnética Coluna Torácica Ressonância Magnética Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral) Ressonância Magnética Ouvidos Ressonância Magnética Quadril	45	



3.2. Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados em mídia digital e também impressos e 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 24 horas.

3.3. É indispensável que a CONTRATADA tenha equipamentos de alta qualidade e 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 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.

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.

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, 04 de Outubro de 2019.


RICARDO CONTI BARBEIRO
Secretário de Saúde