

**TERMO DE REFERÊNCIA****01. DO OBJETO**

1.1- O presente Termo de Referência tem por objetivo instruir o processo de licitação destinado a selecionar proposta (s) para obtenção de REGISTRO DE PREÇOS, para futura e eventual Contratação de empresa (s) para prestação de serviços referentes a realização de exames de imagem (Tomografias e Ultrassonografia), voltados a atender as necessidades dos usuários do SUS de Trindade- PE, de acordo com as especificações e condições relacionadas neste Termo de Referência.

**02. DA JUSTIFICATIVA**

2.1- A presente contratação se justifica pelo fato do município não ter os equipamentos necessários para realizar os exames listados abaixo, exames esses, que são solicitados com frequência aos pacientes que utilizam o Sistema de saúde do Município, e sendo tal serviço um dos meios de diagnostico capaz de garantir ao cidadão a qualidade no atendimento.

**03. DA QUANTIDADE, ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO E VALOR MÁXIMO ESTIMADO.**

3.1- Os tipos de exames a serem realizados são:

ITEM	EXAME	UND.	QUANT.	VALOR UNIT. MÁX. PERMITIDO	VALOR TOTAL MÁX. PERMITIDO
1	TC CRÂNIO	UNIDADE	60	R\$ 375,00	R\$ 22.500,00
2	TC COLUNA LOMBAR	UNIDADE	60	R\$ 375,00	R\$ 22.500,00
3	TC COLUNA LOMBO SACRA	UNIDADE	60	R\$ 375,00	R\$ 22.500,00
4	TC COLUNA CERVICAL	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
5	TC COLUNA TORACICA	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
6	TC TORÁX	UNIDADE	120	R\$ 375,00	R\$ 45.000,00
7	TC PÉLVICA	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
8	TC REGIÃO CERVICAL	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
9	TC ABDOMEN SUPERIOR	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
10	TC ABDOMEM INFERIOR	UNIDADE	24	R\$ 375,00	R\$ 9.000,00
11	TC FACE	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
12	TC CLAVICULA	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
13	TC BÁCIA	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
14	TC QUADRIL	UNIDADE	12	R\$ 375,00	R\$ 4.500,00
15	TC CRÂNIO C/ CONTRASTE	UNIDADE	24	R\$ 475,00	R\$ 11.400,00





16	TC COLUNA LOMBAR C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
17	TC COLUNA LOMBO SACRA C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
18	TC COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
19	TC COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
20	TC TORÁX C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
21	TC PÉLVICA C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
22	TC REGIÃO CERVICAL C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
23	TC ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
24	TC ABDOMEM INFERIOR C/CONTRASTE	UNIDADE	24	R\$ 475,00	R\$ 11.400,00
25	TC FACE C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
26	TC CLAVICULA C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
27	TC BACIA C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
28	TC QUADRIL C/ CONTRASTE	UNIDADE	12	R\$ 475,00	R\$ 5.700,00
29	USG ARTICULAÇÕES (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO)	UNIDADE	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
30	USG TESTICULARES (BOLSA TESTICULAR)	UNIDADE	240	R\$ 70,00	R\$ 16.800,00
31	USG CERVICAL PESCOÇO (TIREÓIDE E GLÂNDULAS SUBMANDIBULARES)	UNIDADE	180	R\$ 70,00	R\$ 12.600,00
32	USG MAMÁRIA (GLÂNDULAS MAMÁRIAS)	UNIDADE	1200	R\$ 70,00	R\$ 84.000,00
33	USG OBSTÉTRICA	UNIDADE	2400	R\$ 70,00	R\$ 168.000,00
34	USG PAREDE ABDOMINAL	UNIDADE	480	R\$ 70,00	R\$ 33.600,00
35	USG ABDOMINAL TOTAL	UNIDADE	720	R\$ 70,00	R\$ 50.400,00
36	USG PÉLVICA ABDOMINAL Feminino (vagina, útero, tubas uterinas, ovários e ligamentos), bem como as doenças dos órgãos adjacentes (uretra, bexiga, ureter inferior, intestino, cavidade pélvica)	UNIDADE	720	R\$ 70,00	R\$ 50.400,00
37	USG PROSTÁTICA (uretra, bexiga, ureter inferior).	UNIDADE	240	R\$ 70,00	R\$ 16.800,00
38	USG URINÁRIA masculino (próstata, vesículas seminais e ampolas dos deferentes), bem como as doenças dos órgãos adjacentes (uretra, bexiga, ureter inferior)	UNIDADE	720	R\$ 70,00	R\$ 50.400,00
39	USG TRANSVAGINAL Feminino (vagina, útero, tubas uterinas, ovários e ligamentos), bem como as doenças dos órgãos adjacentes (uretra, bexiga, ureter inferior, intestino, cavidade pélvica)	UNIDADE	1800	R\$ 70,00	R\$ 126.000,00







3.2- O custo Global máximo estimado é de R\$ 870.600,00 (oitocentos e setenta mil e seiscentos reais).

#### **04. DA PROPOSTA DE PREÇOS**

4.1- Devem estar inclusos nos preços ofertados todos os tributos, taxas, encargos sociais, trabalhistas e previdenciários, deslocamentos e quaisquer outros custos e despesas que incidam sobre o objeto. Não será permitido, portanto, que tais encargos sejam discriminados em separado.

#### **05. OBRIGAÇÕES DA LICITANTE VENCEDORA**

5.1 - A CONTRATADA deverá manter seus funcionários, devida e rigorosamente uniformizados e identificados com crachás que contenham identificação da empresa, nome do funcionário, foto e função, sem quaisquer prejuízos financeiros à Prefeitura Municipal de Trindade/PE;

5.2 - A empresa contratada deverá manter serviço disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados para a realização dos exames de urgência e emergência;

5.3 - Os resultados dos exames deverão ser entregues na sede da secretaria solicitante, mediante recibo de entrega, bem como estar disponibilizado para acesso on-line e/ou internet;

5.4 - A empresa contratada deverá fornecer os resultados impressos e disponibilizar os mesmos, via Internet, através de software de gestão que permita acesso aos resultados a qualquer momento que se fizer necessário;

5.5 - Os exames a serem realizados pela empresa contratada deverão ser solicitados em guia própria da Secretaria Municipal de Saúde, devidamente preenchida e assinada por profissional identificado como funcionário ou prestador de serviço do SUS Municipal, obedecendo critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;

5.6 - Realizar os exames de acordo com as especificações constantes do edital e de sua proposta;

5.7 - Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, tributários e previdenciários que possam incidir sobre a contratação;

5.8 - Responsabilizar-se pelas multas impostas por órgãos de fiscalização legalmente constituídos;

5.9 - Atender os pacientes com cordialidade, presteza, respeitando as normas técnicas, éticas e jurídicas aplicáveis;





5.10 - Colocar pessoal qualificado para realização dos exames, estando devidamente registrados em seus órgãos de classe;

5.11 - Arcar com todos os gastos relacionados a materiais, equipamentos e demais insumos que forem necessários à realização dos exames, bem como destino adequado para todos os resíduos de saúde oriundos da Contratada;

5.12 - Utilizar materiais, equipamentos e mão de obra de qualidade, atendendo às normas técnicas pertinentes;

5.13 - Responsabilizar-se pela segurança durante a execução dos serviços, respondendo também por eventuais danos físicos e/ou materiais no que se refere aos seus funcionários, a eventuais terceiros e ao patrimônio da Prefeitura de Trindade/PE;

5.14 - Cumprir todas as exigências das leis e normas de segurança e higiene de trabalho, fornecendo os adequados equipamentos de proteção individual a todos os seus funcionários;

## **06. DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA SOLICITANTE**

6.1 - Designará funcionário(s) para fiscalizar a execução do objeto para verificação de conformidade do objeto com as especificações exigidas neste Termo de Referência;

6.2 - Prestar as informações necessárias, com clareza, quanto a execução dos serviços solicitados, comunicando por escrito e em tempo hábil, à CONTRATADA, quaisquer instruções ou procedimentos a adotar sobre assuntos relacionados à execução do objeto;

6.3 - Notificar e/ou Aplicar as penalidades a CONTRATADA, quando ocorrer o descumprimento das obrigações assumidas, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas na prestação dos serviços;

6.4 - Pagar no vencimento as faturas apresentadas pela CONTRATADA, correspondentes aos fornecimentos efetuados.

## **07. DA ADJUDICAÇÃO E DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

7.1- A adjudicação será feita por **ITEM**. E o contrato terá a vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada.

## **08. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

8.1 - A Licitante Vencedora uma vez CONTRATADA, se obriga a dar início aos serviços num prazo de, no máximo, 05 (cinco) dias a contar do recebimento por







parte da CONTRATADA da Ordem de Serviço encaminhada por e-mail, com assinatura da Secretária de Saúde;

8.2 - A execução dos serviços será por demanda, mediante apresentação de solicitação emitida pela secretaria de saúde, assinada por responsável previamente identificado, apresentado pelo servidor a clínica ou empresa contratada. A contratante encaminhará a respectiva solicitação em um prazo de no mínimo 02 (dois) dias úteis antes da data prevista para realização dos exames, com exceção dos casos mais urgentes;

- a) Os exames de urgência e emergência terão livre demanda, devendo a Contratada manter serviço disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados para a realização dos exames imagens de urgência e emergência de atendimento imediato; e
- b) Os exames de rotina deverão ser realizados, pela CONTRATADA, de 08h00min às 14h00min.

8.3 – Os laudos dos Exames de Urgência e Emergência deverão ser entregues na sede da secretaria de saúde, após a realização dos exames ou em tempo maior, respeitando a características de cada exame;

8.4 – Os resultados dos Laudos deverão ser impressos em folha A4 e entregues na sede da secretaria solicitante, mediante recibo de entrega, bem como estar disponibilizado para acesso on-line e/ou internet. Os resultados deverão estar disponíveis rigorosamente e impreterivelmente em até 05 (cinco) dias após a realização do exame de imagens;

8.5 - Os presentes serviços deverão ser executados na sede da CONTRADA ou em uma outra cidade em um raio de até 50 Km (cinquenta quilômetros) da sede do Município de Trindade/PE. A contratada deverá ter uma sede ou filial no Município de Trindade/PE, não necessariamente exclusivo para esse contrato, desde que não prejudique o atendimento ao público, sob sua responsabilidade administrativa e que deverá estar de acordo com a legislação pertinente da ANVISA, devendo estar legalizado junto à Prefeitura Municipal de Trindade/PE e também na Vigilância Sanitária Municipal.

## **09. DA CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

9.1 - Os recursos financeiros para pagamento das despesas decorrentes do presente certame serão provenientes do Fundo Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentarias:

**Secretaria de Saúde**





Unidade Orçamentária: 02.31.00

Programa Atividade: 2201/2202/2151/2190/2196/2195/2104

Elemento Despesa: 3.3.90.39

## 10. DO PAGAMENTO

10.1- O pagamento será efetuado mensalmente de acordo com a prestação dos serviços, comprovadamente realizados, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao vencido, tendo como base, a quantidade de exames realizados no mês. O recibo que comprova a prestação dos serviços será encaminhado ao responsável pela Unidade, que encaminhará ao seu Setor Financeiro solicitação de pagamento, acompanhada de toda a documentação necessária a sua liquidação.

10.2- A Nota Fiscal emitida pela LICITANTE VENCEDORA deverá conter, em local de fácil visualização, a indicação do nº do Contrato, nº do Pregão e nº da Ordem de Empenho, a fim de se acelerar o trâmite de liberação do documento fiscal para pagamento.

Trindade/PE, 08 de agosto de 2022.

  
ADRIA APARECIDA LEANDRO E SÁ GRANJA  
Secretária Municipal de Saúde.







**Cotação de Preço para prestação de serviços de exames de imagem para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.**

**Razão Social: CENTRO HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA LTDA**

**CNPJ/MF Nº: 07.796.296/0001-48**

**Insc. Estadual: ISENTO**

**Endereço: RUA PEDRO JOSÉ RODRIGUES**

**Nº S/N Bairro: CENTRO**

**CEP: 56.280-000**

**Cidade/Estado: ARARIPINA - PERNAMBUCO**

**Telefone: (87) 99177-3846**

**Validade da proposta: 60 DIAS (SESSENTA DIAS)**

**Demonstrativo de Quantidade e Preços:**

**ULTRASSONOGRAFIA**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	150	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	500,00	75.000,00
2	120	Ultrassonografia de Abdômen Superior	70,00	8.400,00
3	720	Ultrassonografia de Abdômen Total	70,00	50.400,00
4	480	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	70,00	33.600,00
5	150	Ultrassonografia de Articulações	70,00	10.500,00
6	120	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	70,00	8.400,00
7	120	Ultrassonografia Mamária Bilateral	70,00	8.400,00
8	480	Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	70,00	33.600,00
9	150	Ultrassonografia de Tireóide	70,00	10.500,00
10	1200	Ultrassonografia Obstétrica	70,00	84.000,00
11	360	Ultrassonografia Pélvica	70,00	25.200,00
12	840	Ultrassonografia Transvaginal	70,00	58.800,00

**TOMOGRAFIAS**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, sem contraste.	375,00	4.500,00
2	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, com contraste.	475,00	5.700,00





GOVERNO MUNICIPAL  
**TRINDADE**



3	15	Tomografia computadorizada do pescoço sem contraste	375,00	5.625,00
4	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica sem contraste	375,00	4.500,00
5	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica com contraste	475,00	5.700,00
6	60	Tomografia computadorizada do crânio sem contraste	375,00	22.500,00
7	60	Tomografia computadorizada do crânio com contraste	475,00	28.500,00
8	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino sem contraste	375,00	45.000,00
9	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino com contraste	475,00	57.000,00
10	6	Tomografia computadorizada da sela Túcica	375,00	2.250,00
11	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical sem contraste.	375,00	4.500,00
12	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical com contraste.	475,00	5.700,00
13	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra sem contraste.	375,00	4.500,00
14	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra com contraste.	475,00	5.700,00
15	12	Tomografia Computadorizada das articulações de membro superior sem contraste	375,00	4.500,00
16	12	Tomografia Computadorizada de Tórax sem contraste	375,00	4.500,00
17	12	Tomografia Computadorizada de Tórax com contraste	475,00	5.700,00
18	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior sem contraste	375,00	4.500,00
19	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior com contraste	475,00	5.700,00
20	12	Tomografia Computadorizada de articulações de membro inferior com contraste	475,00	5.700,00
21	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior sem contraste	375,00	18.000,00
22	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior com contraste	475,00	22.800,00
23	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar sem contraste	375,00	22.500,00







24	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar com contraste	475,00	28.500,00
25	12	Tomografia Computadorizada da clavícula sem contraste	375,00	4.500,00
26	12	Tomografia Computadorizada da clavícula com contraste	475,00	5.700,00
35	12	Tomografia Computadorizada do quadril sem contraste	375,00	4.500,00
36	12	Tomografia Computadorizada do quadril com contraste	475,00	5.700,00
37	12	Tomografia Computadorizada da região cervical sem contraste	375,00	4.500,00
38	12	Tomografia Computadorizada da região cervical com contraste	475,00	5.700,00

**CENTRO HOSPITALAR ESPECIALIZADO DE ARARIPINA LTDA**  
**CNPJ: 07.796.296/0001-48**





**Cotação de Preço para prestação de serviços de exames de imagem para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.**

**Razão Social: J V RAMOS LACERDA FILHO MEDICOS**

**CNPJ/MF Nº: 27.159.204/0001-26      Insc. Estadual:      ISENT0**

**Endereço: RUA PEDRO JOSÉ RODRIGUES      Nº 17      Bairro: CENTRO**  
**CEP: 56.280-000      Cidade/Estado: ARARIPINA - PERNAMBUCO**

**Telefone: (87) 99918-2921**

**Validade da proposta: 60 DIAS (SESSENTA DIAS)**  
**Demonstrativo de Quantidade e Preços:**

**ULTRASSONOGRAFIA**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	150	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	580,00	87.000,00
2	120	Ultrassonografia de Abdômen Superior	90,00	10.800,00
3	720	Ultrassonografia de Abdômen Total	90,00	64.800,00
4	480	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	90,00	43.200,00
5	150	Ultrassonografia de Articulações	90,00	13.500,00
6	120	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	90,00	10.800,00
7	120	Ultrassonografia Mamária Bilateral	90,00	10.800,00
8	480	Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	90,00	43.200,00
9	150	Ultrassonografia de Tireóide	90,00	13.500,00
10	1200	Ultrassonografia Obstétrica	90,00	108.000,00
11	360	Ultrassonografia Pélvica	90,00	32.400,00
12	840	Ultrassonografia Transvaginal	90,00	75.600,00

**TOMOGRAFIAS**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, sem contraste.	400,00	4.500,00
2	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, com contraste.	500,00	5.700,00







GOVERNO MUNICIPAL  
**TRINDADE**



3	15	Tomografia computadorizada do pescoço sem contraste	400,00	6.000,00
4	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica sem contraste	400,00	4.800,00
5	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica com contraste	500,00	6.000,00
6	60	Tomografia computadorizada do crânio sem contraste	400,00	24.000,00
7	60	Tomografia computadorizada do crânio com contraste	500,00	30.000,00
8	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino sem contraste	400,00	48.000,00
9	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino com contraste	500,00	60.000,00
10	6	Tomografia computadorizada da sela Túcica	400,00	2.400,00
11	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical sem contraste.	400,00	4.800,00
12	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical com contraste.	500,00	6.000,00
13	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra sem contraste.	400,00	4.800,00
14	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra com contraste.	500,00	6.000,00
15	12	Tomografia Computadorizada das articulações de membro superior sem contraste	400,00	4.800,00
16	12	Tomografia Computadorizada de Tórax sem contraste	400,00	4.800,00
17	12	Tomografia Computadorizada de Tórax com contraste	500,00	6.000,00
18	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior sem contraste	400,00	4.800,00
19	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior com contraste	500,00	6.000,00
20	12	Tomografia Computadorizada de articulações de membro inferior com contraste	500,00	6.000,00
21	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior sem contraste	400,00	19.200,00
22	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior com contraste	500,00	24.000,00
23	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar sem contraste	400,00	24.000,00





24	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar com contraste	500,00	30.000,00
25	12	Tomografia Computadorizada da clavícula sem contraste	400,00	4.800,00
26	12	Tomografia Computadorizada da clavícula com contraste	500,00	6.000,00
35	12	Tomografia Computadorizada do quadril sem contraste	400,00	4.800,00
36	12	Tomografia Computadorizada do quadril com contraste	500,00	6.000,00
37	12	Tomografia Computadorizada da região cervical sem contraste	400,00	4.800,00
38	12	Tomografia Computadorizada da região cervical com contraste	500,00	6.000,00

**J V RAMOS LACERDA FILHO MEDICOS**  
**CNPJ: 27.159.204/0001-26**







**Cotação de Preço para prestação de serviços de exames de imagem para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.**

**Razão Social: CLINICA PINHEIRO MED LTDA**

**CNPJ/MF Nº: 42.708.373/0001-61 Insc. Estadual: ISENTO**

**Endereço: RUA RUI BARBOSA Nº 416 - SALA 1 Bairro: CENTRO  
CEP: 56.280-000 Cidade/Estado: ARARIPINA - PERNAMBUCO**

**Telefone: (87) 3873-1893**

**Validade da proposta: 60 DIAS (SESSENTA DIAS )  
Demonstrativo de Quantidade e Preços:**

**ULTRASSONOLOGIA**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	150	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	600,00	90.000,00
2	120	Ultrassonografia de Abdômen Superior	110,00	13.200,00
3	720	Ultrassonografia de Abdômen Total	110,00	79.200,00
4	480	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	110,00	52.800,00
5	150	Ultrassonografia de Articulações	110,00	16.500,00
6	120	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	110,00	13.200,00
7	120	Ultrassonografia Mamária Bilateral	110,00	13.200,00
8	480	Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	110,00	52.800,00
9	150	Ultrassonografia de Tireóide	110,00	16.500,00
10	1200	Ultrassonografia Obstétrica	110,00	132.000,00
11	360	Ultrassonografia Pélvica	110,00	39.600,00
12	840	Ultrassonografia Transvaginal	110,00	92.400,00

**TOMOGRAFIAS**

Item	Quant.	Especificação do Exame	V. Unit.	V. Total
1	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, sem contraste.	445,00	5.340,00
2	12	Tomografia computadorizada da face/seio da face/articulações temporo-mandibulares, com contraste.	545,00	6.540,00





3	15	Tomografia computadorizada do pescoço sem contraste	450,00	6.750,00
4	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica sem contraste	450,00	5.400,00
5	12	Tomografia Computadorizada de coluna torácica com contraste	545,00	6.540,00
6	60	Tomografia computadorizada do crânio sem contraste	450,00	27.000,00
7	60	Tomografia computadorizada do crânio com contraste	545,00	32.700,00
8	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino sem contraste	445,00	53.400,00
9	120	Tomografia de Hemitorax, Pulmão ou do Mediastino com contraste	545,00	65.400,00
10	6	Tomografia computadorizada da sela Túcica	450,00	2.700,00
11	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical sem contraste.	445,00	5.340,00
12	12	Tomografia Computadorizada de coluna cervical com contraste.	550,00	6.600,00
13	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra sem contraste.	445,00	5.340,00
14	12	Tomografia Computadorizada de coluna lombosacra com contraste.	550,00	6.600,00
15	12	Tomografia Computadorizada das articulações de membro superior sem contraste	445,00	5.340,00
16	12	Tomografia Computadorizada de Tórax sem contraste	445,00	5.340,00
17	12	Tomografia Computadorizada de Tórax com contraste	550,00	6.600,00
18	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior sem contraste	445,00	5.340,00
19	12	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior com contraste	550,00	6.600,00
20	12	Tomografia Computadorizada de articulações de membro inferior com contraste	550,00	6.600,00
21	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior sem contraste	445,00	21.360,00
22	48	Tomografia Computadorizada da Pelve/Bacia/Abdômen Inferior com contraste	550,00	26.400,00
23	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar sem contraste	445,00	26.700,00



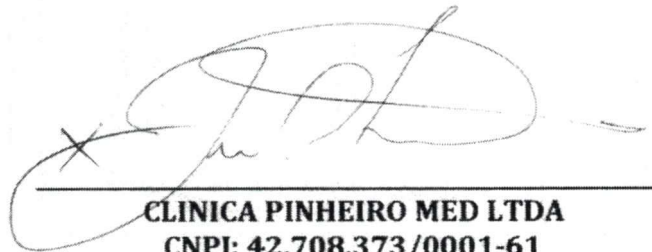




GOVERNO MUNICIPAL  
**TRINDADE**



24	60	Tomografia Computadorizada de coluna lombar com contraste	545,00	32.700,00
25	12	Tomografia Computadorizada da clavícula sem contraste	445,00	5.340,00
26	12	Tomografia Computadorizada da clavícula com contraste	550,00	6.600,00
35	12	Tomografia Computadorizada do quadril sem contraste	445,00	5.340,00
36	12	Tomografia Computadorizada do quadril com contraste	550,00	6.600,00
37	12	Tomografia Computadorizada da região cervical sem contraste	445,00	5.340,00
38	12	Tomografia Computadorizada da região cervical com contraste	550,00	6.600,00

  
**CLINICA PINHEIRO MED LTDA**  
**CNPJ: 42.708.373/0001-61**

