



## ***TERMO DE REFERÊNCIA***

### **1. OBJETO:**

1.1 Contratação de empresa especializada para realização do exame **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO.**

### **2. JUSTIFICATIVA:**

#### **A Justificativa da Ressonância Magnética em geral:**

2.1 A ressonância magnética tem indicação para detecção de variadas patologias. Podemos exemplificar:

- Cérebro: aneurismas, tumores, lesões por trauma, esclerose múltipla, doenças neurológicas como mal de Alzheimer, entre outros.
- Mama: auxilia à mamografia da detecção e acompanhamento da doença
- **Ossos e articulações:** oferece informações sobre lesões ocasionadas por traumas ou esforços repetitivos, que podem atingir ossos, cartilagens e ligamentos, incluindo tendinites, discos na coluna e tumores.
- Outros órgãos: investiga anormalidades em órgãos como pâncreas, pulmões, rins, fígado, útero, próstata e baço.

### **3. DESCRIÇÃO DOS ITENS / SERVIÇOS:**

<b>Seq.</b>	<b>Quant</b>	<b>Unid.</b>	<b>Descrição do Produto</b>
01	01	SERV	Ressonância Magnética do JOELHO direito

#### **3.1 SERVIÇOS:**

Fornecimento do serviço de forma única e específica conforme descrição e pedido médico.

Os serviços serão executados na empresa, utilizando sua mão de obra, ferramentas e equipamentos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**



**4. PRAZO, LOCAIS, FORMA DE EXECUÇÃO E RECEBIMENTO:**

- 4.1 A **CONTRATADA** deverá executar o serviço no prazo máximo de (15) quinze dias, iniciados após a emissão do empenho.
- 4.2 O **SERVIÇO** deverá ser realizado na empresa contratada, onde será fornecido o equipamento e mão de obra necessário.
- 4.3 O **SERVIÇO** será acompanhado e conferido pela Assistente Social da Saúde ou Diretor da Saúde.

**5. RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE:**

- 5.1 Designar servidor para proceder o acompanhamento dos serviços a serem executados. Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido.
- 5.2 Acompanhar e fiscalizar a execução do serviço, por um funcionário especificamente designado no caso pela Assistente Social da Saúde ou Diretor da Saúde, que atestará as Notas Fiscais para fins de pagamento, comprovado a prestação dos serviços realizados.
- 5.3 Notificar a contratada por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas nos serviços executados, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

**6 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA:**

- 6.1 A proponente deverá apresentar os preços unitários e totais orçados com base na planilha orçamentária, em moeda corrente nacional, incluindo todas as despesas diretas e indiretas necessárias a plena execução dos serviços, objeto em questão, incluindo despesas com impostos, taxas, seguros, garantias, encargos sociais.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SARAPUÍ**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**



**7 GARANTIA:**

7.1 A instituição médica deve garantir que o exame de ressonância magnética seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade. Isso inclui a calibração adequada do equipamento, a obtenção de imagens nítidas e precisas, e a interpretação precisa dos resultados pelo radiologista

7.2 A garantia também inclui a precisão do diagnóstico fornecido com base nos resultados do exame de ressonância magnética. Os profissionais de saúde devem garantir que os resultados sejam interpretados corretamente e que os pacientes recebam um diagnóstico preciso.

**8 PAGAMENTO:**

8.1 Após o serviço realizado, estando ele de acordo com as especificações, a nota fiscal será encaminhada para o setor competente para procedimentos de pagamento, que será realizado em conta corrente em nome de pessoa jurídica, em até 30 (trinta) dias.

**9 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

9.1 O recurso para aquisição do referido serviço correrá por conta da Despesa Orçamentária:

Fonte de Recurso: Ficha 184 - Recurso próprio

**10 - FISCALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:** O funcionário designado fará a fiscalização do serviço realizado que será conferido e comprovado por assinatura na Nota Fiscal correspondente.

Sarapuí, 16 de Fevereiro de 2024.

---

Marcos Paulo Machado  
Diretor Municipal de Saúde