

I REAVISO DO EDITAL DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025

O **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, mediante a utilização de recursos de tecnologia da informação – INTERNET, por meio do seu pregoeiro oficial, designado pela **RESOLUÇÃO Nº 013/2025, DE 24 DE MARÇO DE 2025**, torna público para conhecimento dos interessados que realizará Licitação na Modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO**, do tipo **MENOR PREÇO POR LOTE**, mediante as condições estabelecidas no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais das **LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021**, e demais legislações complementares.

INÍCIO DO ACOLHIMENTO DAS PROPOSTAS ELETRÔNICAS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:	DAS 08:00H ÀS 17:00H (HORÁRIO DE BRASÍLIA). DIA 12/05/2025 ÀS DIA 22/05/2025
INÍCIO DA SESSÃO PÚBLICA:	DIA 23/05/2025 ÀS 15:00H (HORÁRIO DE BRASÍLIA).
INÍCIO DA DISPUTA:	DIA 23/05/2025 ÀS 15:10H (HORÁRIO DE BRASÍLIA).
ENDEREÇO: Sede do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso, situada na Rua João Pessoa, Nº 1357, Centro-A, no município de Rondonópolis/MT. SITE: https://www.selcorp.com.br/ . MEIOS PARA CONTATO: FONE: (66) 3423-1086 / (66) 99660 - 5098 – Gabriell Amaral Dutra E-MAIL: licitacao@coressmt.com.br . Dias e horários: Segunda à Sexta-feira, das 07H00min às 17H00min (HORÁRIO DE MATO GROSSO). OBS: SALVO RESSALVA EXPRESSA, OS HORÁRIOS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL OBSERVARÃO O HORÁRIO DE BRASÍLIA (DF).	

FUNDAMENTO LEGAL: Regida pela **LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021**, da **LEI COMPLEMENTAR Nº. 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006**, **LEI 147 DE 07 DE AGOSTO DE 2014** e demais legislações complementares.

1. OBJETO DA LICITAÇÃO

1.1. O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, por meio do seu Pregoeiro, torna público a abertura do **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, na modalidade **“PREGÃO ELETRÔNICO PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO**

DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE,"de acordo com o Termo de Referência e demais condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

1.2. Em caso de discordância e/ou contradição existente entre as especificações deste objeto descritas na plataforma eletrônica e as especificações técnicas constantes neste Edital e seus anexos, prevalecerão as previstas neste instrumento convocatório.

1.3 O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT não aceitará alegações de suposta indução ao erro, na ocorrência de situações especificadas no item **1.2**, razão pela qual a empresa licitante deverá se atentar unicamente as descrições do objeto contidas neste Edital e Termo de Referência.

2. DOS ANEXOS

2.1. Integram o presente Edital, os seguintes Anexos:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA;

ANEXO II – PROPOSTA DE PREÇOS;

ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA;

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES;

ANEXO V - MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

ANEXO VI – MINUTA DO CONTRATO;

ANEXO VII – FICHA CADASTRAL;

3. DA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

3.1. Poderão participar deste Pregão quaisquer empresas interessadas que atendam todas as exigências deste Edital e cuja atividade empresarial abranja o objeto desta Licitação, e desde que prévia e devidamente credenciada no sistema eletrônico do Consórcio Regional

de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, no endereço
<https://www.selcorp.com.br/>.

OBS: PARA VERIFICAÇÃO DA COMPATIBILIDADE ENTRE AS ATIVIDADES DA LICITANTE E O OBJETO LICITADO, SERVIRÃO PARA ANÁLISE O CÓDIGO CNAE, OU AS ATIVIDADES DESCRITAS NO CONTRATO SOCIAL, DESDE QUE SEJAM SEMELHANTES AO OBJETO DO CERTAME.

4. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

4.1. Em até **2 (DOIS) DIAS ÚTEIS** antes da data designada para a realização da sessão de abertura das propostas, ou seja, dia **21/05/2025** poderá ser feito **PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS** sobre este Edital, preferencialmente através do e-mail: licitacao@coressmt.com.br.

4.2. Qualquer pessoa poderá impugnar este Edital de Pregão, até **02 (DOIS) DIAS ÚTEIS** antes da data fixada para a realização da sessão pública do **PREGÃO ELETRÔNICO**, ou seja, dia **21/05/2025**, devendo o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, através do Pregoeiro Oficial, julgar e responder sobre a petição no prazo de **24 (VINTE E QUATRO) HORAS**. As impugnações deverão ser encaminhadas para o e-mail: licitacao@coressmt.com.br, em sua via original, devidamente assinada por quem tenha poderes para tal, respeitados os prazos, formas e condições em qualquer caso.

4.3. Cabe ao Pregoeiro, auxiliado pelo setor responsável pela elaboração do Termo de Referência, decidir, no prazo de **24 (VINTE E QUATRO) HORAS**, sobre a impugnação ou pedido de esclarecimento interposto.

4.4. Caso procedente e acolhida a impugnação do Edital, seus vícios serão sanados e, caso afete a formulação das propostas, nova data será designada pela Administração para a realização do certame.

4.5. Os prazos limites para pedidos de esclarecimentos e impugnação, devem respeitar o horário final do expediente do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT (**17H00MIN - HORÁRIO DE MATO GROSSO**).

PEDIDOS RECEBIDOS APÓS O REFERIDO HORÁRIO SERÃO CONSIDERADOS COMO RECEBIDOS NO PRÓXIMO DIA DE EXPEDIENTE.

5. DO CREDENCIAMENTO

5.1. Para acesso ao sistema eletrônico, os interessados em participar do Pregão deverão dispor de **CHAVE DE IDENTIFICAÇÃO E DE SENHA PESSOAL**

e intransferível, obtidas junto ao Sistema de Compras do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, pelo site do mesmo <https://www.selcorp.com.br/>.

5.2. É de exclusiva responsabilidade do **USUÁRIO O SIGILO DA SENHA**, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo ao Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, **QUALQUER RESPONSABILIDADE POR EVENTUAIS DANOS DECORRENTES DE USO INDEVIDO DA SENHA, AINDA QUE POR TERCEIROS.**

5.3. O **CREDENCIAMENTO** junto ao provedor do sistema implica para o licitante:

5.3.1. Presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao Pregão na forma eletrônica;

5.3.2. OBRIGAR-SE PELAS TRANSAÇÕES EFETUADAS EM SEU NOME NO SISTEMA ELETRÔNICO, ASSUMINDO COMO FIRMES E VERDADEIROS SEUS LANCES E PROPOSTAS;

5.3.3. Dever de acompanhar as operações no sistema eletrônico, responsabilizando-se pelo ônus decorrentes da perda de negócios por inobservância de qualquer mensagem emitido pelo sistema eletrônico ou de sua desconexão.

5.4. As informações e/ou alterações relativas ao **CREDENCIAMENTO** e a outras dúvidas sobre o sistema poderão ser obtidas através do Setor de Licitações do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

5.5. Nos casos de **MICROEMPRESAS** e **EPP'S** que queiram receber os benefícios da **LEI COMPLEMENTAR 123/06**, deverão declarar sua condição no sistema.

5.5.1. A falsidade de declaração prestada objetivando os benefícios da **LC 123/06**, caracterizará o crime de que trata o **ART. 299** do código penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções previstas neste Edital.

5.6. Ficará impedido de participar do presente procedimento licitatório qualquer licitante que tenha algum fato que o impeça de tomar parte do certame ou que tenha sido **DECLARADO INIDÔNEO** para licitar e contratar com a Administração Pública.

5.7. A simples apresentação da proposta por parte do licitante, corresponde à sua indicação de que inexistem fatos que impedem de participar da presente licitação, eximindo assim o Pregoeiro do disposto no **ART. 337-M** do código penal.

6. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.1. O ENVIO DA PROPOSTA ELETRÔNICA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO SERÁ FEITO EXCLUSIVAMENTE ATRAVÉS DO SITE <https://www.selcorp.com.br/> ATÉ O DIA E HORÁRIO PREVISTOS NESTE EDITAL, devendo a licitante confirmar em campo próprio do sistema, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, que sua proposta está em conformidade com as exigências do edital, manifestando pleno conhecimento e aceitação das regras do certame.

6.1.1. A declaração falsa relativa ao cumprimento dos requisitos de habilitação e proposta sujeitará o licitante às sanções previstas no **ART. 155 DA LEI 14.133/21**.

6.2. A licitante, ao inserir sua proposta, informará nos campos próprios do sistema eletrônico, o seguinte:

6.2.1. DESCRIÇÃO DO ITEM, conforme **ANEXO I**.

6.2.2. PREÇO UNITÁRIO E TOTAL expressos em reais, incluindo todos os custos necessários à execução do objeto, tais como impostos encargos trabalhistas, previdenciários e comerciais, emolumentos, taxas, seguros, deslocamentos de pessoal e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o custo (direto ou indireto) do contrato.

6.2.3. PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA de no mínimo **60 (SESSENTA) DIAS**.

6.2.3.1. Caso o prazo de validade da proposta não for expressamente indicado na proposta eletrônica, será considerado como aceito, para efeito de julgamento, aqueles indicados no **ITEM 6.2.3**.

6.2.3.2. Caso seja informado prazo em desacordo com o mínimo estipulado, conforme for o caso, o Pregoeiro é facultada a realização de diligências, e, não sendo alterados esses prazos, desclassificará a proposta da licitante.

6.3. AS PROPOSTAS DEVERÃO SER LANÇADAS NA PLATAFORMA.

6.3.1. As propostas poderão ser enviadas, substituídas ou excluídas até a data e hora marcadas para a abertura das mesmas.

6.4. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem às exigências do presente Edital e seus Anexos, bem como as que apresentem omissões ou irregularidades insanáveis.

6.5. Após a abertura das propostas, não caberá desistência das mesmas e os preços propostos serão de exclusiva responsabilidade das licitantes, não assistindo-lhes direito de pleitear qualquer alteração dos mesmos, sob a alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto, salvo por motivo justo e comprovado decorrente de fato superveniente e aceito pelo Pregoeiro.

6.6. O Pregoeiro poderá solicitar das licitantes quaisquer outras informações que julgar pertinentes para o perfeito conhecimento e julgamento das propostas, respeitado o **ART. 59, § 2º DA LEI 14.133 DE 2021**; sendo que estas deverão ser enviadas, no prazo estipulado pelo mesmo no sistema, através do e-mail, sob pena de desclassificação das propostas.

6.6.1. Caso não seja possível decidir de imediato sobre a aceitabilidade da proposta, ao Pregoeiro poderá suspender o pregão e marcar nova data para sua continuidade, intimando todos os participantes via sistema eletrônico.

6.7. No julgamento das propostas, em favor da ampliação da disputa, o Pregoeiro poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de classificação.

6.8. A Proposta deve estar no idioma oficial do Brasil, sem rasuras, emendas ou entrelinhas, constando o preço de cada item, expresso em reais (**R\$**), com **02 (DOIS)** dígitos após a vírgula no valor unitário, em algarismos arábicos, conforme mencionado acima, devendo todas as folhas ser rubricadas.

6.9. ALÉM DA PROPOSTA DIGITAL, DEVERÁ SER VEICULADA NA PLATAFORMA EM CAMPO PRÓPRIO PROPOSTA EM PAPEL TIMBRADO, ASSINADA E COM CNPJ, CONFORME ANEXO II, TAIS INFORMAÇÕES ALI CONTIDAS TERÃO ACESSO E VISIBILIDADE A TODOS (INCLUSIVE A COMISSÃO DE PREGÃO) AO TÉRMINO DOS LANCES.

7. DA SESSÃO DE DISPUTA DE LANCES

7.1. Após a classificação das propostas, no horário previsto neste Edital, o Pregoeiro dará início à fase competitiva, quando então os licitantes poderão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

7.2. Todas as propostas classificadas serão consideradas lances na fase de disputas e ordenadas por valor, de forma decrescente.

7.3. Não serão aceitos **2 (DOIS)** ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo sempre aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

7.3.1. O licitante poderá encaminhar lance com valor superior ao menor lance registrado, desde que inferior ao seu último lance e diferente de qualquer lance válido.

7.4. Durante a sessão, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, sem identificação do autor dos lances.

7.5. Será adotado o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa **“ABERTO E FECHADO”**, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

7.6. O tempo dos lances seguirá o disposto no **ART. 33** do decreto federal **10.024/2019**.

7.7. Se algum licitante der lance que esteja nitidamente em desacordo com a disputa, poderá tê-lo cancelado pelo Pregoeiro através do sistema, justificando-o através de mensagem aos participantes.

7.8. Ao término do tempo randômico, o sistema anunciará a licitante com o menor preço.

7.9. Será assegurado conforme **LC 123/06**, como critério de desempate, preferência de contratação para as **MICROEMPRESAS** e **EPP'S**, entendendo-se por **EMPATE FICTO** aquelas situações em que as propostas apresentadas por aquelas sejam iguais ou até **5%** superiores à proposta mais bem classificada e desde que a melhor oferta não seja de outra **ME** ou **EPP**.

7.10. Caso haja empate ficto, o próprio sistema informará a situação na tela e o procedimento se dará da seguinte forma:

7.10.1. A **MICROEMPRESA** ou **EPP** melhor classificada poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, no prazo de até **5 (CINCO) MINUTOS**, sob pena de preclusão, situação em que será adjudicado em seu favor o objeto licitado.

7.10.2. Não ocorrendo a contratação da **MICROEMPRESA** ou **EPP**, na forma do item anterior, serão convocadas pelo sistema as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do item **7.9**, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito.

7.11. Na hipótese da não-contratação nos termos da **LC 123/06**, o objeto será arrematado em favor da proposta originariamente vencedora do certame.

7.11.1. Após a etapa de lances, ao Pregoeiro ainda poderá negociar com a vencedora, para que se obtenha preço melhor, não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas no Edital.

7.12. NO CASO DE DESCONEXÃO DO PREGOEIRO, DURANTE A ETAPA DE LANCES, O SISTEMA ELETRÔNICO PODERÁ PERMANECER ACESSÍVEL AOS LICITANTES PARA A RECEPÇÃO DOS LANCES. O PREGOEIRO, QUANDO POSSÍVEL, DARÁ CONTINUIDADE À SUA ATUAÇÃO NO CERTAME, SEM PREJUÍZO DOS ATOS REALIZADOS.

7.12.1. Quando a desconexão persistir por tempo superior a **10 (DEZ) MINUTOS**, a sessão será suspensa e terá reinício somente após comunicação formal do pregoeiro aos licitantes pelo sistema eletrônico.

7.13. Todos os avisos de suspensão em decorrência de horário de expediente ou fatos supervenientes serão informados no sistema utilizado, sendo de inteira responsabilidade o acompanhamento por parte do licitante.

7.14. Todos e quaisquer avisos pertinentes ao certame serão postados no chat e/ou anexados no campo **“RETIRADA DE EDITAIS”** do Portal de Compras do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT e no site www.coressmt.com.br, não podendo o licitante alegar desconhecimento da informação, sob pena de decair seus direitos.

7.15. Se a arrematante for habilitada, será declarada vencedora no sistema seguindo a fase recursal, nos termos do **ITEM 10**.

7.16. Caso não haja recurso e o preço for de mercado, o objeto será adjudicado para o arrematante.

7.17. Se a proposta de menor preço for inexequível/excessiva ou a licitante for inabilitada, ao Pregoeiro a desclassificará de forma fundamentada e examinará a proposta subsequente, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma proposta que atenda todas as condições do Edital.

7.18. A Autoridade Competente é a responsável pela homologação do certame.

8. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

8.1. O ENVIO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO SERÁ FEITO EXCLUSIVAMENTE ATRAVÉS DO SITE <https://www.selcorp.com.br/> ANTERIORMENTE A ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA, ATÉ O DIA E HORÁRIO PREVISTOS NESTE EDITAL. OS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DEVEM SER ANEXADOS EM ARQUIVO ÚNICO (PDF OU PASTA ZIPADA CONTENDO TODOS OS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO), JUNTAMENTE COM A PROPOSTA DE PREÇOS NA ABA LANÇAR PROPOSTAS.

8.1.1. Em caso de necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, na forma do **ARTIGO 64 DA LEI Nº 14.133 DE 2021**.

8.1.2. É facultado ao pregoeiro e equipe solicitar os documentos originais ou cópias autenticadas para sanar quaisquer dúvidas que por ventura ocorram, no prazo máximo de **5 (CINCO) DIAS ÚTEIS**.

8.2. Será considerada habilitada a proponente que apresentar os documentos relacionados nos subitens abaixo, desde que atendidos os requisitos especificados nas observações deste item.

8.2.1. COMO CONDIÇÃO PRÉVIA AO EXAME DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO LICITANTE DETENTOR DA PROPOSTA CLASSIFICADA EM PRIMEIRO LUGAR, AO PREGOEIRO VERIFICARÁ O EVENTUAL DESCUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, ESPECIALMENTE QUANTO À EXISTÊNCIA DE SANÇÃO QUE IMPEÇA A PARTICIPAÇÃO NO CERTAME OU A FUTURA CONTRATAÇÃO, MEDIANTE A CONSULTA QUANTO À EXISTÊNCIA DE REGISTROS IMPEDITIVOS DA CONTRATAÇÃO, DISPONÍVEL ATRAVÉS DO LINK <https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/>.

8.3. HABILITAÇÃO JURÍDICA

8.3.1. PARA FINS DE HABILITAÇÃO JURÍDICA, EXIGIR-SE-Á A APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

8.3.2. Registro comercial, no caso de empresa individual; ou;

8.3.3. Ato constitutivo e alterações subsequentes, ou contrato consolidado, devidamente registrado, em se tratando de sociedade comercial e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou

8.3.4. Inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada dos nomes e endereços dos diretores em exercício.

8.3.5. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

8.3.6. Certidão simplificada ou de inteiro teor expedida pela Junta Comercial, emitida até **180 (CENTO E OITENTA) DIAS** da data de abertura do certame, para comprovação de enquadramento **ME** e **EPP**, nos casos onde os benefícios da **LEI COMPLEMENTAR 123/06** podem ser aplicados.

8.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

8.4.1. Registro ou Inscrição de **PESSOA JURÍDICA** no **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA CRM (CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA)**, em validade, com indicação do objeto social compatível com o objeto desta contratação, a qual poderá ser retirada no site: <https://portalservicos.cfm.org.br/portal/login/pessoa-juridica/MT>;

8.4.2. Do(s) profissional (is) responsável (is) pela execução dos serviços: **(CERTIFICADOS) FRENTE x VERSO.**

8.4.2.1. Comprovação de vínculo com o quadro permanente da empresa mediante:

- 1)** A devida anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social **(CTPS)**, no caso de ser empregado; ou
- 2)** Contrato social, em se tratando de sócio ou diretor; ou
- 3)** O contrato de prestação de serviços; ou
- 4)** Declaração de contratação futura do pessoal técnico necessário para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos (com apresentação dos **ITENS 8.3.2.2, 8.3.2.3 e 8.3.2.4.** de cada profissional membro da equipe técnica que será contratado), conforme previsão do **ARTIGO 67, INCISO III, da LEI Nº 14.133 de 2021.**

8.4.2.2. DIPLOMA OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE NÍVEL SUPERIOR COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL;

- Registro da carteira profissional/comprovação da inscrição dos profissionais junto ao conselho regional de medicina (CRM), em validade, com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

8.4.2.3. CERTIFICADO DE ESPECIALISTA/RESIDÊNCIA HABILITADO JUNTO AO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE, compatível com o objeto contratual;

- Registro ou inscrição de qualificação de especialista para cada especialidade médica (RQE), em validade, com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

8.4.2.4. REGISTRO OU INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA JUNTO À ENTIDADE PROFISSIONAL DO LOCAL DE SUA ATIVIDADE, conforme previsão do artigo 67, inciso V, da Lei nº 14.133 de 2021.

8.4.2.5. DEMAIS EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS NO ITEM 6, NO INCISO 6.1, NAS ALÍNEAS A, B, C, D e E, DO TERMO DE REFERÊNCIA, QUAIS SEJAM:

A) APRESENTAÇÃO DE, NO MÍNIMO, 1 (UM) ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EXPEDIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, que comprovem a execução dos serviços compatíveis com o objeto desta licitação;

- Os atestados de capacidade técnica deverão conter as seguintes informações: nome da empresa emissora, nome do profissional responsável emissor, nome da licitante com a descrição dos serviços e comprovação do quantitativo;
- Não será aceito atestado emitido pela própria licitante, sob pena de infringência ao princípio da moralidade, pois a licitante não possui impessoalidade necessária para atestar sua própria capacidade técnica.

B) ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, fornecido pela Vigilância/Secretaria Municipal de Saúde ou Prefeitura;

C) ALVARÁ SANITÁRIO EXPEDIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA VIGENTE, com cnae e autorização para o serviço para o objeto pleiteado;

D) REGISTRO NO CNES (CONSULTÓRIO/CLÍNICA/HOSPITAL) – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, a qual poderá ser retirada no site: <http://cnes.datasus.gov.br/>, sendo essencial que esteja atualizado para ATENDIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) e inclua a identificação da unidade, devendo constar as seguintes informações:

- Equipamentos compatíveis com os serviços pretendidos, para atendimento sus;
- Profissionais médicos cadastrados com cbo (classificação brasileira de ocupações) compatível com os procedimentos pretendidos;

8.5. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

A documentação relativa à **REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA** consistirá na apresentação de certidões expedidas pelos órgãos competentes, que estejam dentro do prazo de validade expresso na própria certidão, comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos (**ARTIGO 68 DA LEI 14.133 DE 2021**):

8.5.1. Prova de **INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURÍDICAS (CNPJ)** no ramo de atividade pertinente ao objeto da licitação;

8.5.2. Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA FEDERAL**, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos de Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, a qual poderá ser retirada no site: www.receita.fazenda.gov.br/Grupo2/Certidoes.htm; abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social (**INSS**);

8.5.3. Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA ESTADUAL**, por meio de Certidão Negativa de Débito de Tributos Estaduais, a qual poderá ser retirada no site: www.sefaz.mt.gov.br, ou expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário;

8.5.4. Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA MUNICIPAL**, por meio de Certidão Negativa de Débito de Tributos Municipais, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

8.5.5. Prova de **REGULARIDADE RELATIVA AO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FGTS)**, por meio de Certificado de Regularidade do FGTS (CRF), emitido pela Caixa Econômica Federal ou retirada no site: www.caixa.gov.br;

8.5.6. Nos termos da **PORTARIA CONJUNTA INSS/RFB Nº 6, DE 3 DE JUNHO DE 2008**, a prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das **CONTRIBUIÇÕES DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL** para com a Previdência Social será efetuada mediante a apresentação da **DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE SITUAÇÃO DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL (DRS-CI)**, que

é fornecida exclusivamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

8.5.7. Prova de **REGULARIDADE TRABALHISTA** atestando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, por meio de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho ou através do site www.tst.jus.br.

- A prova de regularidade deverá ser feita por certidão negativa ou certidão positiva com efeitos de negativa;
- Considera-se positiva com efeitos de negativa a certidão de que conste a existência de créditos não vencidos, em curso de cobrança executiva em que tenha sido efetivada a penhora; ou cuja exigibilidade esteja suspensa por moratória, ou depósito de seu montante integral, ou reclamações e recursos, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo ou concessão de medida liminar em mandado de segurança.

8.6 QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

8.6.1 CERTIDÃO NEGATIVA DE PEDIDO DE FALÊNCIA E CONCORDATA, expedida pelo cartório distribuidor da sede da pessoa jurídica, devidamente válida, caso não conste outro prazo de validade específico na referida certidão.

8.7 DEMAIS COMPROVAÇÕES

8.7.1 DECLARAÇÃO UNIFICADA – ANEXO III;

8.7.2 DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES - ANEXO IV;

8.7.3 FICHA CADASTRAL - ANEXO VII;

9. DO JULGAMENTO

9.1. No julgamento das propostas, considerar-se-á vencedora aquela licitante que habilitada e obedecendo a todas as condições deste Edital, apresentar o **“MENOR PREÇO POR LOTE”**.

9.1.1. Em caso de empate, a vencedora será definida por sorteio, nos termos do **DECRETO 10.024/19**.

9.2. Caso o Pregoeiro entenda que o preço apresentado seja inexequível, ela notificará o arrematante, via sistema, para que o mesmo comprove em **48 (QUARENTA E OITO)** horas, que o seu preço é exequível, sob pena de desclassificação.

9.3. SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTAS QUE:

- A) FOREM LANÇADAS, MAS NÃO FOREM ANEXADAS;
- B) NÃO FOREM CONFECCIONADAS EM PAPEL TIMBRADO, ASSINADA E COM CNPJ;
- C) CONTIVEREM COTAÇÃO DE OBJETO DIVERSO DO REQUERIDO NESTA LICITAÇÃO;
- D) NÃO ATENDAM ÀS EXIGÊNCIAS DO EDITAL E SEUS ANEXOS, QUE SEJAM OMISSAS OU APRESENTEM IRREGULARIDADES INSANÁVEIS OU DEFEITOS CAPAZES DE DIFICULTAR O SEU JULGAMENTO;
- E) APRESENTAREM PREÇOS EXCESSIVOS, INCOMPATÍVEIS COM OS VALORES DE MERCADO OU MANIFESTAMENTE INEXEQUÍVEIS;

9.4. A desclassificação da proposta será fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

10. DOS RECURSOS

10.1. Declarado o vencedor, qualquer licitante poderá, **EM ATÉ 15 QUINZE MINUTOS, DE FORMA MOTIVADA E EM CAMPO PRÓPRIO DO SISTEMA**, manifestar sua intenção de recorrer.

10.1.1. A falta de manifestação da intenção de interpor recurso, **NA FORMA E PRAZO ESTIPULADO** no item anterior, implicará na decadência do direito de recurso, permitindo ao Pregoeiro adjudicar o objeto à licitante vencedora.

10.1.2. A partir da manifestação da sua intenção de recorrer, lhe será concedido automaticamente o prazo de **3 (TRÊS) DIAS CORRIDOS** para apresentar suas razões de recurso, podendo ser apresentado através do e-mail licitacao@coressmt.com.br.

10.1.3. Após a interposição das razões, os demais licitantes poderão apresentar contrarrazões em igual prazo e forma, começando a contar seu prazo do término do prazo do recorrente, sem necessidade de intimação.

10.2. As razões e contrarrazões observarão os seguintes pressupostos para acolhimento:

- A) TEMPESTIVIDADE;
- B) LEGITIMIDADE RECURSAL;
- C) INTERESSE DE AGIR;
- D) FORMA ESCRITA E PEDIDO DE NOVA DECISÃO
- E) FUNDAMENTAÇÃO, COM ESTRITA CONFORMIDADE COM A MOTIVAÇÃO APRESENTADA NA SESSÃO.

10.3. OS AUTOS DO PROCESSO PERMANECERÃO COM VISTA FRANQUEADA AOS INTERESSADOS, NO SETOR DE LICITAÇÕES, EM DIAS ÚTEIS, NO HORÁRIO DAS 7H00MIN ÀS 17H00MIN (HORÁRIO DE MATO GROSSO).

10.4. Após o prazo de recebimento das razões e contrarrazões, ao Pregoeiro não reconsiderando sua decisão, encaminhará os autos devidamente informados, no prazo de até **5 (CINCO)** dias úteis à Autoridade Superior.

10.4.1. Eventuais recursos intempestivos ou meramente protelatórios (sem o mínimo de plausibilidade) poderão ser desconsiderados pelo Pregoeiro, em seu juízo de admissibilidade e serão submetidos à análise da Autoridade Superior no momento da homologação **(ACÓRDÃO Nº 1440/07, TCU)**.

10.5. O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

11. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

11.1. As obrigações decorrentes deste Pregão consubstanciar-se-ão em Ata de Registro de Preços, cuja minuta consta em Anexo.

11.2. A Ata de Registro de Preços terá vigência de **12 (DOZE)** meses, contados da data de sua assinatura, tendo validade e eficácia legal após a sua assinatura, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente **(ART. 84 DA LEI N. 14.133 DE 2021)**.

11.3. O prazo para assinatura da Ata de Registro de Preços será de **05 (CINCO)** dias, contados da convocação formal da adjudicatária.

11.4. A Ata de Registro de Preços deverá ser assinada pelo representante legal da adjudicatária, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório, e uma vez atendidas as exigências do subitem anterior.

11.5. A critério da administração, o prazo para assinatura da Ata de Registro de Preços poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da adjudicatária e aceito por este Consórcio.

11.6. Constituem motivos para o cancelamento da Ata de Registro de Preços as situações referidas nos **ARTIGOS 28 E 29** do decreto federal **Nº 11.462/23**.

11.7. Fazem parte da Ata de Registro de Preços, independente de transcrição ou publicação, as disposições deste ato convocatório e seus anexos.

12. DAS SANÇÕES

12.1. O licitante que ensejar o retardamento da execução do certame, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do objeto licitado, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, ficará impedido de licitar e contratar com o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, pelo prazo de até **2 (DOIS) ANOS**, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a pena e também está sujeito as demais penalidades previstas da **LEI N. 14.133 DE 2021**.

12.2. A penalidade será obrigatoriamente registrada no Diário Oficial de Contas - TCE/MT e no caso de suspensão de licitar, o Licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das demais cominações.

12.3. No caso de inadimplemento, a **LICITANTE/CONTRATADA** estará sujeita às seguintes penalidades:

12.3.1. Advertência;

12.3.2. Multa de até **0,3% (ZERO VÍRGULA TRÊS POR CENTO)** por dia de atraso na entrega do objeto, até o **02º (SEGUNDO)** dia, calculados sobre o valor do contrato;

12.3.3. Multa de até **20% (VINTE POR CENTO)** sobre o saldo do Contrato, no caso de atraso superior a **02 (DOIS)** dias na execução do objeto, com a consequente rescisão contratual;

12.3.4. Multa de até **20% (VINTE POR CENTO)** sobre o valor do Contrato, no caso da **EMPRESA**, injustificadamente, desistir do Contrato ou der causa à sua rescisão, bem como nos demais casos de inadimplemento contratual;

12.3.5. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com essa Administração por período não superior a **02 (DOIS)** anos; e

12.3.6. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública;

12.3.7. A aplicação da sanção prevista no item **13.3.1.**, não prejudica a incidência cumulativa das penalidades dos itens **13.3.2.**, **13.3.3.**, **13.3.4.**, **13.3.5.**, principalmente sem prejuízo de outras hipóteses, em caso de reincidência de atraso na entrega do objeto licitado ou caso haja cumulação de inadimplemento, facultada a defesa prévia do interessado, no prazo de **10 (DEZ)** dias úteis.

12.4. As sanções previstas nos itens **13.3.1.**, **13.3.5.**, **13.3.6.**, poderão ser aplicadas conjuntamente com os itens **13.3.2.**, **13.3.3.**, **13.3.4.**, facultada a defesa prévia do interessado, no prazo de **05 (CINCO)** dias úteis.

12.5. Ocorrendo à inexecução de que trata o item **13.3.**, reserva-se ao órgão contratante o direito de optar pela oferta que se apresentar como aquela mais vantajosa, pela ordem de classificação.

12.6. A segunda adjudicatária, ocorrendo a hipótese do item anterior, ficará sujeita às mesmas condições estabelecidas neste Edital.

13. DO PAGAMENTO

13.1. Executados os serviços, a licitante vencedora deverá apresentar, a(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), emitida(s) para fins de liquidação e pagamento, acompanhada(s) dos seguintes documentos:

13.1.1. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF;

13.1.2. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

13.1.3. Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), Estadual e Municipal, do domicílio sede da Licitante vencedora.

13.1.3.1. O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI).

13.2. O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde mensalmente, até o **10º (DÉCIMO)** dia útil subsequente ao mês de prestação de serviços, contado da data de protocolização da nota fiscal/fatura e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme indicado no subitem **24.1**, mediante ordem bancária, emitida através do **BANCO DO BRASIL**, creditada em conta corrente da licitante vencedora.

13.3. A contratada deverá indicar no corpo da **NOTA FISCAL/FATURA**, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do

número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

13.4. Caso constatado alguma irregularidade nas notas **FISCAIS/FATURAS**, estas serão devolvidas a contratada, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

13.5. O VALOR MENSAL DEVERÁ VARIAR DE ACORDO COM O SERVIÇO EFETIVAMENTE REALIZADO.

13.5.1 FICA ESTABELECIDO QUE, PARA QUE NÃO HAJA PREJUÍZO À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SÓ SERÃO PAGOS, OS EXAMES E PROCEDIMENTOS efetivamente realizados, SOB PENA DE SE CAUSAR ENRIQUECIMENTO ILÍCITO DO CONTRATADO.

13.6. Nenhum pagamento será efetuado à licitante vencedora, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

13.7. Nenhum pagamento isentará o contratado das suas responsabilidades e obrigações.

14. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

14.1. A **CONTRATADA** ficará obrigada a iniciar a prestação dos serviços imediatamente, a contar da assinatura de ordem de serviço assinada pelo CORESS/MT;

14.2. Os profissionais deverão estar habilitados junto ao Conselho Regional de Medicina na especialidade do **LOTE** pleiteado;

14.3. OS SERVIÇOS DEVEM SER REALIZADOS NO MUNICÍPIO MENCIONADO NO OBJETO E DEVERÃO SER EXECUTADOS TOTALMENTE NAS INSTALAÇÕES PRÓPRIAS DA CONTRATADA, conforme TERMO DE REFERÊNCIA.

14.4. Para execução dos serviços a contratada deverá fornecer aos seus profissionais, sem ônus para contratante, todos os materiais e equipamentos de uso próprio e individual necessários para atendimento do paciente;

14.5. Para a execução dos serviços a contratada deverá arcar com os gastos decorrentes de despesas como hospedagem, alimentação e transporte necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a contratante;

14.6. Para executar os serviços, a contratada deverá disponibilizar pessoal com nível adequado de qualificação e habilitação profissional nas especialidades elencadas, reconhecido pelo órgão de classe: Profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina na especialidade de atuação, conforme descrito nas exigências profissionais;

14.7. OS SERVIÇOS DEVERÃO SER EXECUTADOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DO CORESS/MT E DENTRO DOS HORÁRIOS ESTABELECIDOS PELO SETOR DE REGULAÇÃO;

14.8. Os serviços serão previamente autorizados pela Central de Regulação do CORESS/MT;

14.9. A **CONTRATADA** deverá manter-se habilitada junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual;

14.10. Os encaminhamentos deverão ser preenchidos em formulário próprio disponibilizado pelo CORESS/MT;

14.11. A **CONTRATADA** responderá pelos serviços prestados ao paciente encaminhado pelo CORESS/MT, isentando integralmente o CORESS/MT de todo e qualquer ato falho em que o paciente se sentir lesado;

14.12. Os relatórios mensais obrigatórios deverão ser entregues até o **5º DIA ÚTIL** do mês subsequente, com período compreendido do primeiro ao último dia útil do mês da realização, para conferência e posterior confirmação da emissão da Nota Fiscal;

14.13. A **CONTRATADA** deverá fornecer relação nominal (sem abreviação), com data de nascimento, data de agendamento, descrição por extenso do procedimento realizado para cada paciente no mês de referência, Cartão Nacional de Saúde e nome do Profissional Executor devidamente assinado e carimbado;

14.14. A **CONTRATADA** deverá fornecer ao setor requisitante, informações pertinentes ao atendimento, bem como atender as solicitações do CORESS/MT, fornecendo informações referentes aos atendimentos;

14.15. A **CONTRATADA** deverá informar a **CONTRATANTE**, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução do serviço, bem como qualquer fato que possa colocar em risco a qualidade da execução do serviço;

14.1. Responsabilizar-se integralmente pelos seus profissionais, primando pela qualidade, desempenho, eficiência e produtividade, visando à execução dos trabalhos durante toda a vigência do contrato, dentro dos prazos e condições estipulados;

14.17. Assumir quaisquer danos causados diretamente à **CONTRATANTE**, ou a terceiros, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços, ou causados por seus representantes ou prepostos;

14.18. RECRUTAR e/ou **CONTRATAR**, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, o **CORPO TÉCNICO** em quantidade compatível com a perfeita execução dos serviços objeto desta licitação, cabendo-lhe efetuar todos os pagamentos de salários, os encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, assim como taxas, impostos, transportes, alimentação e outras exigências legais ou regulamentares, fiscais e comerciais, inclusive responsabilidade decorrente de acidentes, indenizações e seguros e quaisquer outros, em decorrência da sua condição de empregadora e/ou contratante, sem qualquer solidariedade da **CONTRATANTE**;

14.19. Assumir total responsabilidade, inclusive por seus sócios e colaboradores, em manter absoluto e irrestrito sigilo sobre o conteúdo das informações que digam respeito à **CONTRATANTE**, que vier a ter conhecimento por força da prestação dos serviços ora contratados, vindo a responder, portanto, por todo e qualquer dano que o descumprimento da obrigação aqui assumida venha a ocasionar ao **CONTRATANTE**; e

14.20. Apresentar a **CONTRATANTE** a relação nominal dos profissionais indicados para os serviços, inclusive em caso de substituição, acompanhada dos respectivos títulos de especialização e respectivas atualizações de registro junto ao Conselho Regional de Medicina, com cópia autenticada, de modo a compor arquivo de prontuários funcionais sempre à disposição da contratante.

14.21. Fica o **CONTRATADO** obrigado a utilizar o sistema de **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO** conforme indicado pela **CONTRATANTE**.

15. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

15.1. Efetuar o pagamento ao **CONTRATADO** de acordo com o estabelecido na ata de registro de preços ou contrato;

15.2. Fornecer ao **CONTRATADO** todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;

15.3. Efetuar a autorização, em formulário próprio padronizado (**GUIA DE AGENDAMENTO**), para atendimento dos pacientes mediante carimbo e assinatura de funcionário do **CONTRATANTE** responsável;

15.4. Nenhuma outra remuneração será devida ao **CONTRATADO**, a qualquer título ou natureza, decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o **CONTRATANTE** e o **CONTRATADO**, estando este Contrato disciplinado pelos **ARTIGOS 593 E SEQUINTE DO CÓDIGO CIVIL**;

15.5. Nenhuma outra remuneração será devida ao **CONTRATADO** decorrente de despesas como hospedagem, alimentação e transporte para a execução dos serviços contratados.

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. O Pregoeiro ou à Autoridade Superior é facultado, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução do processo, nos termos do **ARTIGO 64 da LEI Nº 14.133 DE 2021**.

16.2. As normas que disciplinam o certame serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato.

A) SALVO RESSALVA EXPRESSA, TODOS OS HORÁRIOS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL OBSERVARÃO O HORÁRIO DE BRASÍLIA (DF).

B) SALVO RESSALVA EXPRESSA, TODOS OS PRAZOS EM DIAS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL SERÃO CONSECUTIVOS.

C) SÓ SE INICIAM E VENCEM OS PRAZOS EM DIAS ÚTEIS.

D) OS PRAZOS EM HORAS ÚTEIS OBEDECEM AO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT (DAS 7H00MIN ÀS 17H00MIN – HORÁRIO DE MATO GROSSO).

16.3. É vedada a subcontratação de outra empresa para o fornecimento do objeto da contratação, salvo a devida autorização por parte da Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

16.4. A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, as alterações que se fizerem necessárias, nos termos do **ART. 124 DA LEI N. 14.133 de 2021**.

16.5. A PRESENTE LICITAÇÃO PODERÁ SER REVOGADA, POR MOTIVO DE INTERESSE PÚBLICO DECORRENTE DE FATO SUPERVENIENTE COMPROVADO, OU ANULADO, NO TODO OU EM PARTE, POR ILEGALIDADE, DE OFÍCIO OU PROVOCAÇÃO DE TERCEIROS, SEM QUE CAIBA AOS LICITANTES QUALQUER DIREITO A RECLAMAÇÃO OU INDENIZAÇÃO POR ESSES FATOS.

16.6. As empresas licitantes são totalmente responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação;

16.7. O **PREGOEIRO** com **EQUIPE DE APOIO** e **ASSESSORIA JURÍDICA**, no interesse público, poderá relevar simples omissões ou erros meramente formais observados na documentação e na proposta, desde que não contrariem a legislação vigente e não comprometam a lisura da licitação e a segurança jurídica na eventual contratação.

16.7.1. Em qualquer momento, será possível a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo;

16.8. As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor do cumprimento do princípio da ampla concorrência entre os interessados, sem comprometimento da segurança da futura aquisição;

16.9. Fica eleito o foro da Comarca de Rondonópolis, Estado de Mato Grosso, para solucionar quaisquer questões oriundas desta licitação.

Rondonópolis – MT, 12 de maio de 2025.

AUDIMAR ROCHA SANTOS

Secretário Executivo

Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

DE ACORDO:

JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO

Presidente do Conselho Diretor

Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

TERMO DE REFERÊNCIA N ° 009/2025

INFORMAÇÕES PRIMÁRIAS:

ÓRGÃO(S) SOLICITANTE(S):	DESCRIÇÃO DE CATEGORIA DE INVESTIMENTO:
MUNICÍPIOS CONSORCIADOS;	() AQUISIÇÃO DE MATERIAIS () AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES (X) CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

MODALIDADE E O TIPO DE LICITAÇÃO:

1. DA MODALIDADE E O TIPO DE LICITAÇÃO LEI 14.133/21:	
MODALIDADE DE LICITAÇÃO ART. 28, DA LEI Nº 14.133/21: PREGÃO, CONCORRÊNCIA, CONCURSO, LEILÃO E DIÁLOGO COMPETITIVO.	TIPO DE LICITAÇÃO:
(X) – PREGÃO - ART. 28, DA LEI Nº 14.133/21; () – CONCORRÊNCIA - ART. 29, DA LEI Nº 14.133/21°; () – CONCURSO - ART. 30, DA LEI Nº 14.133/21; () – LEILÃO - ART. 31, DA LEI Nº 14.133/21; () – DIÁLOGO COMPETITIVO – ART. 32, Da Lei Nº 14.133/21. () – ART. 78. SÃO PROCEDIMENTOS AUXILIARES DAS LICITAÇÕES E DAS CONTRATAÇÕES REGIDAS POR ESTA LEI: I - CREDENCIAMENTO; II - PRÉ-QUALIFICAÇÃO; III - PROCEDIMENTO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE; IV - SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS; V - REGISTRO CADASTRAL.	<u>ART. 33, DA LEI Nº 14.133/21:</u> (X) - MENOR PREÇO; () - MAIOR DESCONTO; () - MELHOR TÉCNICA OU CONTEÚDO ARTÍSTICO; () - TÉCNICA E PREÇO; () - MAIOR LANCE, NO CASO DE LEILÃO; () - MAIOR RETORNO ECONÔMICO.

2. DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

(X) **LEI Nº 14.133/2021** (Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios);

() - **ART. 4º APLICAM-SE ÀS LICITAÇÕES E CONTRATOS DISCIPLINADOS POR ESTA LEI AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DOS ARTS. 42 A 49 DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006.**

(X) - E demais disposições a serem estabelecidas no Edital de Licitação e em seus Anexos.

3. OBJETO:

REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE”.

4. JUSTIFICATIVA

Em conformidade com o **ARTIGO 241** da Constituição Federal, que estabelece: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão, por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”;

A regulamentação desse dispositivo é realizada pela **LEI FEDERAL Nº 11.107/2005** e pelo **DECRETO FEDERAL Nº 6.017/2007**, que definem normas gerais para a contratação de consórcios públicos com o objetivo de realizar interesses comuns, além de outras providências pertinentes;

A Constituição Federal assegura, no **ARTIGO 196**, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nesse contexto, a **LEI Nº 8.080/90** (Lei Orgânica da Saúde) estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo em seu **ARTIGO 2º** que o direito à saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado garantir as condições necessárias para seu pleno exercício;

Em consonância com a **LEI Nº 8.080/90**, os princípios que regem o Sistema Único de Saúde incluem a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade, o direito à informação, a divulgação de dados sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização, além da resolubilidade;

O parágrafo único do **ARTIGO 2º E O ARTIGO 20 DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**, regulamentam o **§ 3º DO ARTIGO 198** da Constituição Federal, estabelecendo os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde. Essa legislação também define os critérios de rateio dos recursos transferidos para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo, revogando dispositivos das **LEIS Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, e **Nº 8.689**, de 27 de julho de 1993;

O Decreto Federal nº **7.508**, de 28 de junho de 2011, regulamenta a **LEI Nº 8.080**, de 19 de novembro de 1990, abordando a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa;

Diante do exposto, justifica-se a contratação do objeto licitado como uma medida necessária para atender às demandas da população, promovendo a universalização, equidade e integralidade no atendimento à saúde.

Adicionalmente, essa contratação visa otimizar o atendimento à saúde nos municípios consorciados, com a oportunidade de expandir a Rede Especializada, permitindo que os usuários do SUS tenham acesso às especialidades médicas necessárias. Essa ampliação possibilitará maior agilidade na realização de diagnósticos, encaminhamentos, tratamentos e na promoção da saúde.

As demandas reprimidas nos municípios são significativas, especialmente em razão da escassez de consultas médicas

especializadas. Assim, diante das dificuldades enfrentadas, é urgente e inadiável que o CORESS/MT busque alternativas para atender às necessidades dos municípios consorciados.

A contratação de serviços especializados via consórcio é a solução mais viável sob a perspectiva da eficiência e economicidade, uma vez que as contratações diretas de profissionais médicos para atendimento nos municípios se mostrariam excessivamente onerosas.

Portanto, encaminhamos o processo de Pregão Eletrônico para Registro de Ata de Serviços de Médicos Especializados, com o objetivo de suprir as demandas dos municípios pertencentes ao CORESS/MT.

5. OBJETO/DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E REQUISITOS

1. DIPLOMA OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE NÍVEL SUPERIOR COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL;

- Registro da carteira profissional/comprovação da inscrição dos profissionais junto ao conselho regional de medicina (CRM), com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

2. CERTIFICADO DE ESPECIALISTA/RESIDÊNCIA HABILITADO JUNTO AO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE, COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL;

- Registro ou inscrição de qualificação de especialista para cada especialidade médica (RQE), em validade, com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

3. APRESENTAÇÃO DE, NO MÍNIMO, 1 (UM) ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EXPEDIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, QUE COMPROVEM A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS COMPATÍVEIS COM O OBJETO DESTA LICITAÇÃO;

- Os atestados de capacidade técnica deverão conter as seguintes informações: nome da empresa emissora, nome do profissional responsável emissor, nome da licitante com a descrição dos serviços e comprovação do quantitativo;
- Não será aceito atestado emitido pela própria licitante, sob pena de infringência ao princípio da moralidade, pois a licitante não possui impessoalidade necessária para atestar sua própria capacidade técnica.

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 01 – GASTROENTEROLOGIA

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **GASTROENTEROLOGIA** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	TCEMT0000229 (CÓD: 1)	EXAME ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	EXAME	RONDONÓPOLIS	1.800	R\$ 383,33	R\$ 689.994,00

2	429794-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA RETOSSIGMOIDOSCOPIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	600	R\$ 656,49	R\$ 393.894,00
3	00028983 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - PROCEDIMENTO DE POLIPECTOMIA COLON/GASTRICA	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	600	R\$ 800,00	R\$ 480.000,00
4	00057409 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA COM SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500	R\$ 880,05	R\$ 440.025,00
5	00057411 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA C/ SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500	R\$ 505,83	R\$ 252.915,00
6	00072351 (CÓD: 1)	EXAME - DO TIPO MUCOSECTOMIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	400	R\$ 1.211,67	R\$ 484.668,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 2.741.496,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 02 – MEDICINA HIPERBÁRICA

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **MEDICINA HIPERBÁRICA** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.

5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	414987-4 (CÓD: 1)	TRATAMENTO ESPECIAL - DO TIPO OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA	TRATAMENTO	RONDONÓPOLIS	1.000	R\$ 601,67	R\$ 601.670,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 601.670,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 03 – EXAMES DE RAIOS X

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e

mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.

5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0001383 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO EMISSAO E INTERPRETACAO DE LAUDOS DE RAIOS-X DIGITAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 23,00	R\$ 6.900,00
2	00068640 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RAO-X GERAL/ CONVENCIONAL (AGENDAMENTO ELETIVO) - (COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA TORNOZELO, BACIA, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE, EM GERAL COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA TORNOZELO, BACIA, PELVE, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, ESCANOMETRIA DIGITAL, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA	EXAME	RONDONÓPOLIS	3.000	R\$ 95,44	R\$ 286.320,00

		TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE).					
3	00030844 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (PARA ESCOLIOSE)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 110,36	R\$ 33.108,00
4	304242-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAIO X - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA - 1 INCIDENCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 64,87	R\$ 19.461,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 345.789,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 04 – ULTRASSONOGRAMA COM DOPPLER EM GERAL

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **ULTRASSONOGRAMA COM DOPPLER EM GERAL** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e

técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - VENOSO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 303,33	R\$ 45.499,50
2	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - ARTERIAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 303,33	R\$ 45.499,50
3	00057434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAI	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 312,33	R\$ 46.849,50
4	00065596 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 320,58	R\$ 64.116,00
5	00065597 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 342,00	R\$ 68.400,00
6	00057432 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 349,17	R\$ 69.834,00
7	00057433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 328,89	R\$ 65.778,00
8	00037487 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 310,83	R\$ 15.541,50
9	00035683 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS E VERTEBRAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 368,17	R\$ 18.408,50
10	00019372 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 324,39	R\$ 16.219,50
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 456.146,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 05 – ANGIOTOMOGRAFIA EM GERAL

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **ANGIOTOMOGRAFIA EM GERAL** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.

2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 821,67	R\$ 82.167,00
2	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 821,67	R\$ 82.167,00
3	00035550 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 916,67	R\$ 137.500,50
4	00035551 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE Pelve	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 916,67	R\$ 91.667,00
5	00035552 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 845,67	R\$ 126.850,50
6	00035553 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 918,04	R\$ 137.706,00
7	00055250 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 1.013,19	R\$ 101.319,00

8	00055251 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 1.013,19	R\$ 101.319,00
9	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 792,11	R\$ 79.211,00
10	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 792,11	R\$ 79.211,00
11	00035536 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 824,33	R\$ 123.649,50
12	00035538 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE Pelve	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 839,67	R\$ 83.967,00
13	00035539 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 871,38	R\$ 130.707,00
14	00035540 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 818,33	R\$ 122.749,50
15	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 929,45	R\$ 92.945,00
16	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 929,45	R\$ 92.945,00
17	00035543 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 931,99	R\$ 93.199,00
18	00035544 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 921,99	R\$ 92.199,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 1.851.479,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 06 – ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática

quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE Pelve	EXAME	RONDONÓPOLIS	80	R\$ 918,33	R\$ 73.466,40
2	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 820,00	R\$ 123.000,00
3	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 820,00	R\$ 123.000,00
4	00081434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 733,33	R\$ 146.666,00
5	00057398 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70	R\$ 886,67	R\$ 62.066,90
6	00057397 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70	R\$ 886,67	R\$ 62.066,90
7	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	70	R\$ 902,72	R\$ 63.190,40
8	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 733,33	R\$ 109.999,50
9	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE Pelve	EXAME	RONDONÓPOLIS	70	R\$ 918,33	R\$ 64.283,10
10	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 646,67	R\$ 64.667,00
11	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 646,67	R\$ 64.667,00
12	386410-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 845,00	R\$ 169.000,00

13	00057400 (CÓD: 1)	SERVICO DE ANGIORESSONANCIA MEMBRO INFERIOR	EXAME ARTERIAL DE	EXAME	RONDONÓPOLIS	30	R\$ 726,67	R\$ 21.800,10
14	00057399 (CÓD: 1)	SERVICO DE ANGIORESSONANCIA MEMBRO SUPERIOR	EXAME ARTERIAL DE	EXAME	RONDONÓPOLIS	30	R\$ 922,42	R\$ 27.672,60
15	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOÇO	EXAME MAGNETICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	150	R\$ 979,21	R\$ 146.881,50
16	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE ANGIORESSONANCIA ARTERIAL TORAX	EXAME	EXAME	RONDONÓPOLIS	70	R\$ 902,72	R\$ 63.190,40
VALOR TOTAL DO LOTE							R\$ 1.385.617,80	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 07 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM TOMOGRAFIAS

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS)** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada

e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0004570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 484,85	R\$ 145.455,00
2	280467-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 555,00	R\$ 166.500,00
3	00034149 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 432,56	R\$ 86.512,00
4	304527-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 571,50	R\$ 171.450,00
5	00027419 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (BRACO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 566,67	R\$ 56.667,00
6	280465-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DO MEMBRO SUPERIOR (CLAVÍCULA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 442,11	R\$ 44.211,00
7	280461-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 528,33	R\$ 158.499,00
8	00057429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 626,50	R\$ 187.950,00
9	304522-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 583,33	R\$ 174.999,00
10	00035643 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
11	00027420 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
12	00027421 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMORAL UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 431,67	R\$ 43.167,00
13	280452-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 515,67	R\$ 154.701,00
14	00035651 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 586,67	R\$ 29.333,50
15	00027422 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 566,67	R\$ 170.001,00
16	00035653 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
17	00027430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
18	00027424 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ORBITAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 431,67	R\$ 21.583,50

19	304526-9 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 548,33	R\$ 109.666,00
20	00027425 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO OU PE UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
21	00027426 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (PERNA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 566,67	R\$ 170.001,00
22	280460-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 526,17	R\$ 52.617,00
23	00035659 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 566,67	R\$ 28.333,50
24	00057430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO E COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 577,50	R\$ 57.750,00
25	00027429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO ILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 566,67	R\$ 56.667,00
26	280451-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 535,00	R\$ 53.500,00
27	280462-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 518,51	R\$ 155.553,00
28	00027431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 271,67	R\$ 27.167,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 2.463.951,00	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 08 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM RESSONÂNCIAS

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS)** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.
2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a

continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304548-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 856,67	R\$ 257.001,00
2	385083-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 840,00	R\$ 252.000,00
3	385069-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR(BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 715,83	R\$ 35.791,50
4	385085-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 753,47	R\$ 226.041,00
5	00035568 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA BRACO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 853,33	R\$ 42.666,50
6	(CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR CLAVÍCULA (UNILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 803,33	R\$ 40.166,50
7	385073-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 791,11	R\$ 237.333,00
8	0004571 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 851,12	R\$ 255.336,00
9	385075-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 880,00	R\$ 264.000,00
10	304552-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO OU PUNHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 751,67	R\$ 37.583,50
11	00027433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 863,00	R\$ 43.150,00
12	304553-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COXO-FEMURAL - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 863,33	R\$ 86.333,00
13	00038998 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DO COXO-FEMURAL (QUADRIL) COM CONTRASTE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 886,67	R\$ 88.667,00
14	390019-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 833,33	R\$ 249.999,00

15	00035572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 863,33	R\$ 43.166,50
16	00035576 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 850,00	R\$ 42.500,00
17	304554-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 840,00	R\$ 252.000,00
18	00027434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA MAO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 764,38	R\$ 38.219,00
19	304551-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 846,67	R\$ 84.667,00
20	00035578 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE ORBITAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 875,44	R\$ 43.772,00
21	00035579 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE OSSOS TEMPORAIS / MASTOIDES / ORELHAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 854,36	R\$ 85.436,00
22	304555-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO OU PE - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 846,98	R\$ 42.349,00
23	00035581 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE PERNAS DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 863,17	R\$ 86.317,00
24	304545-5 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 863,17	R\$ 86.317,00
25	304546-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 873,33	R\$ 43.666,50
26	00035564 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACAO SACRO- COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 855,00	R\$ 85.500,00
27	00035565 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACOES SACROILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 863,33	R\$ 86.333,00
28	00035582 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA SEIOS DA FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 863,17	R\$ 86.317,00
29	385077-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 715,83	R\$ 71.583,00
30	385087-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 715,83	R\$ 35.791,50
31	385080-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	300	R\$ 715,83	R\$ 214.749,00
32	00078360 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DO CORACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 1.269,97	R\$ 126.997,00
33	00020819 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS (BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 1.080,00	R\$ 108.000,00
34	385259-8 (CÓD: 1)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE HEMOCROMATOSE (QUANTIFICAÇÃO DE FERRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 1.053,00	R\$ 52.650,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 3.832.398,50	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 09 – MEDICINA NUCLEAR

1. A **CONTRATADA** será responsável pela prestação de serviços especializados na área de **MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS)** no âmbito do **MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT** em conformidade com

os parâmetros estabelecidos e as especificações necessárias para a prestação, abrangendo atendimentos ambulatoriais, eletivos e de média complexidade regulamentados e autorizados pela Central de Regulação.

2. A **CONTRATADA** deverá observar rigorosamente a legislação vigente, os protocolos clínicos e as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a qualidade e a segurança na prestação dos serviços, refletindo o compromisso da **CONTRATADA** com a ética profissional e a excelência no atendimento à saúde.
3. A **CONTRATADA** será responsável pela realização da contra-referência para casos classificados como de baixa complexidade que possam ser tratados e acompanhados no âmbito da Atenção Básica, devendo comunicar à Central de Regulação de maneira sistemática quaisquer exceções técnicas ou desvios identificados, promovendo a continuidade do cuidado e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
4. A **CONTRATADA** deverá colaborar na estruturação e atualização dos protocolos de regulação, participando sempre que necessário e mediante solicitação de ações complementares que ofereçam apoio à rede assistencial, incluindo palestras, campanhas educativas e mutirões, contribuindo para o fortalecimento da educação em saúde da comunidade e para a eficácia do sistema de atendimento.
5. A prestação dos serviços deverá ocorrer integralmente em **ESTRUTURA PRÓPRIA** da **CONTRATADA**, a qual deve estar devidamente licenciada e em conformidade com todas as exigências legais, sanitárias e técnicas pertinentes à atividade, assegurando um ambiente seguro e adequado para a realização dos atendimentos.

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304002-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA PARATIREOIDE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 855,12	R\$ 42.756,00
2	00035727 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 518,53	R\$ 51.853,00
3	303985-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 438,12	R\$ 21.906,00
4	303975-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 1.329,77	R\$ 265.954,00

5	00035722 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 1.448,74	R\$ 72.437,00
6	303996-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 1311	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 473,34	R\$ 23.667,00
7	303997-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 99 MTC	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 473,33	R\$ 23.666,50
8	00035735 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA HEPATICA COM HEMACIAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 613,33	R\$ 30.666,50
9	304033-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DE MAMA - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 880,41	R\$ 88.041,00
10	304020-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA OSSEA - CORPO TOTAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200	R\$ 590,66	R\$ 118.132,00
11	304037-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PULMONAR - PERFUSAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	20	R\$ 534,93	R\$ 10.698,60
12	00027975 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA (DTPA) COM OU SEM DIURETICO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 610,00	R\$ 30.500,00
13	00035732 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA COM DMSA - 99M	EXAME	RONDONÓPOLIS	50	R\$ 610,00	R\$ 30.500,00
14	0007278 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100	R\$ 1.187,90	R\$ 118.790,00
15	00061707 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C / TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20	R\$ 530,00	R\$ 10.600,00
16	00028044 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO - BOCIO NODULAR TOXICO (GRAVES)	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20	R\$ 1.141,84	R\$ 22.836,80
17	00028061 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (PLUMMER)	EXAME	RONDONÓPOLIS	20	R\$ 980,00	R\$ 19.600,00
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$ 982.604,40	

6. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

1. A **CONTRATADA** ficará obrigada a iniciar a prestação dos serviços imediatamente, a contar da assinatura de ordem de serviço assinada pelo CORESS/MT;
2. Os profissionais deverão estar habilitados junto ao Conselho Regional de Medicina na especialidade do item pleiteado;
3. A **CONTRATADA** deverá manter-se habilitada junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual;
4. A **CONTRATADA** deverá manter seu cadastro no CNES atualizado durante toda a vigência do contrato, sob pena de rescisão contratual;

5. Os serviços devem ser realizados no município mencionado no objeto e deverão ser executados totalmente nas instalações próprias da **CONTRATADA**.
6. Para execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá fornecer aos seus profissionais, sem ônus para **CONTRATANTE**, todos os materiais e equipamentos de uso próprio e individual necessários para atendimento do paciente;
7. Para a execução dos serviços a contratada deverá arcar com os gastos decorrentes de despesas como hospedagem, alimentação e transporte necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a contratante.
8. Para executar os serviços, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar pessoal com nível adequado de qualificação e habilitação profissional nas especialidades elencadas, reconhecido pelo órgão de classe: Profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina na especialidade de atuação, conforme descrito nas exigências profissionais;
9. Os serviços deverão ser executados de acordo com as necessidades do CORESS/MT e dentro dos horários estabelecidos pelo setor de regulação;
10. Os serviços serão previamente autorizados pela Central de Regulação do CORESS/MT;
11. Os encaminhamentos deverão ser preenchidos em formulário próprio disponibilizado pelo CORESS/MT;
12. A **CONTRATADA** responderá pelos serviços prestados ao paciente encaminhado pelo CORESS/MT, isentando integralmente o CORESS/MT de todo e qualquer ato falho em que o paciente se sentir lesado;
13. Os relatórios mensais obrigatórios deverão ser entregues até o **5º DIA ÚTIL** do mês subsequente, com período compreendido do primeiro ao último dia útil do mês da realização, para conferência e posterior confirmação da emissão da Nota Fiscal;
14. A **CONTRATADA** deverá fornecer relação nominal (sem abreviação), com data de nascimento, data de agendamento, descrição por extenso do procedimento realizado para cada paciente no mês de

referência, Cartão Nacional de Saúde e nome do Profissional Executor devidamente assinado e carimbado;

15. A **CONTRATADA** deverá fornecer ao setor requisitante, informações pertinentes ao atendimento, bem como atender as solicitações do CORESS/MT, fornecendo informações referentes aos atendimentos;
16. A **CONTRATADA** deverá informar a **CONTRATANTE**, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução do serviço, bem como qualquer fato que possa colocar em risco a qualidade da execução do serviço;
17. Responsabilizar-se integralmente pelos seus profissionais, primando pela qualidade, desempenho, eficiência e produtividade, visando à execução dos trabalhos durante toda a vigência do contrato, dentro dos prazos e condições estipulados;
18. Assumir quaisquer danos causados diretamente à **CONTRATANTE**, ou a terceiros, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços, ou causados por seus representantes ou prepostos;
19. **RECRUTAR** e/ou **CONTRATAR**, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, o **CORPO TÉCNICO** em quantidade compatível com a perfeita execução dos serviços objeto desta licitação, cabendo-lhe efetuar todos os pagamentos de salários, os encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, assim como taxas, impostos, transportes, alimentação e outras exigências legais ou regulamentares, fiscais e comerciais, inclusive responsabilidade decorrente de acidentes, indenizações e seguros e quaisquer outros, em decorrência da sua condição de empregadora e/ou contratante, sem qualquer solidariedade da **CONTRATANTE**;
20. Assumir total responsabilidade, inclusive por seus sócios e colaboradores, em manter absoluto e irrestrito sigilo sobre o conteúdo das informações que digam respeito à **CONTRATANTE**, que vier a ter conhecimento por força da prestação dos serviços ora contratados, vindo a responder, portanto, por todo e qualquer dano que o descumprimento da obrigação aqui assumida venha a ocasionar ao **CONTRATANTE**; e
21. Apresentar a **CONTRATANTE** a relação nominal dos profissionais indicados para os serviços, inclusive em caso de substituição, acompanhada dos respectivos títulos de especialização e

respectivas atualizações de registro junto ao Conselho Regional de Medicina, com cópia autenticada, de modo a compor arquivo de prontuários funcionais sempre à disposição da contratante.

22. Fica o **CONTRATADO** obrigado a utilizar o sistema de prontuário eletrônico conforme indicado pela **CONTRATANTE**.

23. O **CONTRATADO** deverá disponibilizar agenda de atendimento, em qualquer dos turnos (matutino e/ou vespertino), conforme disponibilidade e solicitação da **CONTRATANTE**.

24. É defeso ao **CONTRATADO** deixar de atender novos pacientes, bem como a recusa em fornecer agenda para atendimento novos pacientes.

7. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

1. Efetuar o pagamento ao **CONTRATADO** de acordo com o estabelecido neste contrato;
2. Fornecer ao **CONTRATADO** todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;
3. Efetuar a autorização, em formulário próprio padronizado (reconhecido pelo **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**), para atendimento dos pacientes mediante carimbo e assinatura de funcionário do Contratante responsável;
4. Nenhuma outra remuneração será devida ao **CONTRATADO**, a qualquer título ou natureza, decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o **CONTRATANTE** e o **CONTRATADO**, estando este Contrato disciplinado pelos **ARTIGOS 593 E SEQUINTE**s do Código Civil.
5. Nenhuma outra remuneração será devida ao **CONTRATADO** decorrente de despesas como hospedagem, alimentação e transporte para a execução dos serviços contratados.

8. VALOR ESTIMADO

O VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA ATENDER À SOLICITAÇÃO É DE R\$ 14.661.151,70 (QUATORZE MILHÕES E SEISCENTOS E SESSENTA E UM MIL E CENTO E CINQUENTA E UM REAIS E SETENTA CENTAVOS).

9. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

O pagamento referente à prestação do serviço será efetuado após a execução dos respectivos eventos, em até **10 (DEZ)** dias após a entrega da nota fiscal e certidões negativas, devidamente atestada pelo setor competente, através do seu Fiscal de Contrato.

10. DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

A despesa decorrente do objeto desta licitação correrá à conta de recursos específicos consignados no Orçamento deste Consórcio, no Programa de Trabalho:

ÓRGÃO:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	02
UNIDADE:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	001
FUNÇÃO:	SAÚDE	10
SUB FUNÇÃO:	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	302
PROGRAMA:	COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS	7030
PROJETO/ATIVIDADE:	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT	2002
ELEMENTO DE DESPESA:	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	3.3.90.39
DESDOBRAMENTO:	SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES	50.00.00

11. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

A contratação em apreço terá seu prazo de vigência de **12 (DOZE)** meses, podendo ser prorrogado conforme legislação vigente e interesse do CORESS/MT.

12. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

12.1.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da **LEI Nº 14.133, DE 2021**, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 115, CAPUT**).

12.1.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 115, §5º**).

12.1.3. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 117, CAPUT**).

12.1.3.1. O fiscal do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 117, §1º**).

12.1.3.2. O fiscal do contrato informará a seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar

decisão ou providência que ultrapasse sua competência (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 117, §2º**).

12.1.4. O **CONTRATADO** deverá manter preposto aceito pela Administração no local do serviço para representá-lo na execução do contrato. (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 118**).

12.1.4.1. A indicação ou a manutenção do preposto da empresa poderá ser recusada pelo órgão ou entidade, desde que devidamente justificada, devendo a empresa designar outro para o exercício da atividade (**IN 5, ART. 44, §1º**).

12.1.5. O **CONTRATADO** será obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, a suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de sua execução ou de materiais nela empregados (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 119**).

12.1.6. O **CONTRATADO** será responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros em razão da execução do contrato, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo **CONTRATANTE** (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 120**).

12.1.7. Somente o **CONTRATADO** será responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 121, CAPUT**).

12.1.7.1. A inadimplência do **CONTRATADO** em relação aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá à Administração a responsabilidade pelo seu pagamento e não poderá onerar o objeto do contrato (**LEI Nº 14.133/2021, ART. 121, §1º**).

12.1.8. As comunicações entre o órgão ou entidade e a **CONTRATADA** devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se, excepcionalmente, o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

12.1.9. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato;

12.1.10. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade convocará o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que

conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da **CONTRATADA**, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros;

Rondonópolis/MT, 29 de abril de 2025.

GABRIEL AMARAL DUTRA
AGENTE DE CONTRATAÇÃO/PREGOEIRO
Resolução Nº 013/2.025

LUCILEIA HENRIQUE DOS SANTOS
COMISSÃO DAS LICITAÇÕES
Resolução Nº 016/2.025

ROSANGELA S. DOS SANTOS KREME
COMISSÃO DAS LICITAÇÕES
Resolução Nº 016/2.025

JULIANA MENEZES DE SOUZA
COMISSÃO DAS LICITAÇÕES
Resolução Nº 016/2.025

AUDIMAR ROCHA SANTOS
Secretário Executivo
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

DE ACORDO:

JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO
Presidente do Conselho Diretor
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS PARA EMPRESAS VENCEDORAS

PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

NOME DE FANTASIA:					
RAZÃO SOCIAL:					
CNPJ:			OPTANTE PELO SIMPLES? () SIM () NÃO		
INSC. EST:			CAMPO OBRIGATÓRIO		
INSC. EST:					
ENDEREÇO:					
BAIRRO:			CIDADE:		
CEP:			E-MAIL:		
TELEFONE:			FAX:		
BANCO:			CONTA BANCÁRIA:		
NOME E Nº DA AGÊNCIA:					
ITEM	LOTE	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)

1. DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DESPESAS:

Pelo presente instrumento, **DECLARO** que o valor orçado abrange todas as despesas relacionadas à mão de obra, incluindo, mas não se limitando, a todos os tributos e encargos fiscais, sociais, trabalhistas, previdenciários e comerciais, bem como todos os custos de transporte e entrega do objeto proposto.

VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.

2. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- CRITÉRIOS DE DESCLASSIFICAÇÃO:** Serão desclassificadas as propostas que apresentarem cotações contendo preços excessivos, simbólicos, de valor zero ou inexequíveis, conforme disposto na legislação vigente. Ademais, serão rejeitadas aquelas que ofertarem preços ou vantagens baseadas nas propostas de outros licitantes.
- PROPOSTA ELETRÔNICA:** É imperativo que a proposta eletrônica não contenha qualquer identificação da empresa licitante, sob pena de desclassificação.
- PRAZO DE SUBMISSÃO:** A proposta deverá ser submetida exclusivamente por meio do site do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, observando rigorosamente o dia e horário estipulados neste Edital.

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**

Ao Pregoeiro 2025 e equipe de apoio;

Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT

Pelo presente instrumento, a empresa [**NOME DA EMPRESA**], CNPJ Nº [**NÚMERO DO CNPJ**], com sede na [**ENDEREÇO COMPLETO**], através de seu representante legal infra-assinado, que:

() Declara, sob as penas do **ARTIGO 299** do Código Penal, que se enquadra na situação de microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, nos termos da **LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06**, alterada pela **LEI COMPLEMENTAR Nº 147/14**, bem assim que inexistem fatos supervenientes que conduzam ao seu desenquadramento desta situação.

(X) - MARCAR ESTE ITEM CASO SE ENQUADRE NA SITUAÇÃO DE MICROEMPRESA, EMPRESA DE PEQUENO PORTE OU COOPERATIVA.

- 1) Declaramos, para os fins do disposto no inciso **XXXIII DO ART. 7º** da Constituição Federal, não empregamos menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de dezesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos de idade.
- 2) Declaramos, em conformidade com a **LEI N.º 14.133 DE 2021**, que cumprimos todos os requisitos para habilitação para este certame licitatório no Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT – **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**.
- 3) Declaramos, para os fins que até a presente data inexistem fatos supervenientes impeditivos para habilitação no presente **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
- 4) Declaramos, para os fins que a empresa não foi declarada inidônea por nenhum órgão público de qualquer esfera de governo, estando apta a contratar com o poder público.
- 5) Declaramos, para os devidos fins que não possuímos em nosso quadro societário e de empregados, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.

- 6) Declaramos, que cumprimos os prazos de entrega/execução dos materiais/serviços, conforme solicitado pela requisitante do Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**.
- 7) Comprometemos a manter durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- 8) Declaramos, para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente dos procedimentos licitatórios, instaurados por este Consórcio, que o (a) **[NOME DA EMPRESA]**, responsável legal da empresa é o (a) Sr. (a) **[NOME DO RESPONSÁVEL]** Portador (a) do RG sob nº **[NÚMERO DO RG]** e CPF nº **[NÚMERO DO CPF]**, cuja função/cargo é **[NOME DA FUNÇÃO]** (sócio administrador / procurador / diretor / etc), responsável pela assinatura da Ata de Registro de Preços / Contrato.
- 9) Declaramos, para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente a este **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, bem como em caso de eventual contratação, concordo que a Ata de Registro de Preços/Contrato seja encaminhado para o seguinte endereço:

E-MAIL: _____

TELEFONE: _____

- 10) Caso altere o citado e-mail ou telefone comprometo-me em protocolizar pedido de alteração junto ao Sistema de Protocolo do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, sob pena de ser considerado como intimado nos dados anteriormente fornecidos.
- 11) Nomeamos e constituímos o senhor (a) _____, portador (a) do CPF/MF sob n.º _____, para ser o (a) responsável para acompanhar a execução da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS/CONTRATO**, referente ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025** e todos os atos necessários ao cumprimento das obrigações contidas no instrumento convocatório, seus Anexos e na Ata de Registro de Preços/Contrato.

LOCAL E DATA.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES

Os licitantes que tiverem menores de 16 (dezesesseis) anos como aprendizes devem declarar essa situação de forma expressa, apresentando documento com:

Eu, **[NOME DO RESPONSÁVEL]**, brasileiro, **[ESTADO CIVIL]**, portador do CPF nº **[NÚMERO DO CPF]**, na qualidade de **[CARGO DO RESPONSÁVEL]** da empresa **[NOME DA EMPRESA]**, inscrita no CNPJ sob o nº **[NÚMERO DO CNPJ]**, com sede à **[ENDEREÇO COMPLETO]**, venho, por meio deste, declarar, para os devidos fins legais, que:

Em conformidade com a legislação vigente, informo que a empresa em questão possui menores de 16 (dezesesseis) anos na condição de aprendizes. Todos os menores estão devidamente registrados e observam as normas de aprendizagem estabelecidas pela legislação pertinente.

Esta declaração é apresentada em atenção à exigência de declaração expressa, conforme estipulado nas diretrizes do processo licitatório em que a empresa se encontra ou se encontrará.

O NÃO CUMPRIMENTO RESULTARÁ EM DESCLASSIFICAÇÃO E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS. LICITANTES SEM MENORES DEVEM APRESENTAR DECLARAÇÃO NEGATIVA.

"SOLICITA-SE QUE A ELABORAÇÃO DA DECLARAÇÃO SEJA REALIZADA PREFERENCIALMENTE EM PAPEL TIMBRADO."

LOCAL E DATA.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

ANEXO V

MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

VALIDADE: 12 (DOZE) MESES

Aos _____ dias do mês de _____ de 2025, o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** constituído sobre a forma jurídica de Associação Civil, com personalidade jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob n.º **05.238.413/0001-22**, com sede sito à Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, nesta cidade de Rondonópolis/MT, neste ato representado pelo Presidente do Conselho Diretor, Sr **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, brasileiro, casado, Prefeito do Município de Tesouro/MT, portador do RG n.º _____ SSP/ _____ e inscrito no CPF sob n.º _____, residente e domiciliado na Rua _____, Tesouro/MT, no uso das atribuições que lhe são conferidas, e de outro lado, as Sociedades empresárias doravante denominadas simplesmente **FORNECEDOR**, _____, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º _____, estabelecida _____, neste ato representada pelo Senhor (a) _____, portador (a) da Cédula de Identidade n.º _____, expedida pela _____ e do CPF n.º _____, em face da classificação das propostas apresentadas no **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, **RESOLVEM** registrar os preços para “**CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE,**”, constantes do **ANEXO I** do **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, que passa a fazer parte integrante desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, nos termos da **LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021**, da **LEI COMPLEMENTAR Nº. 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006, LEI 147 DE 07 DE**

AGOSTO DE 2014 e demais legislações complementares, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA I - DO OBJETO

1.1. A presente ATA tem por objeto o Registro de preços “**CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE**”, conforme planilha abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 01 – GASTROENTEROLOGIA

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	TCEMT0000229 (CÓD: 1)	EXAME ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	EXAME	RONDONÓPOLIS	1.800		
2	429794-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	600		
3	00028983 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - PROCEDIMENTO DE POLIPECTOMIA COLON/GASTRICA	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	600		
4	00057409 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA COM SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500		
5	00057411 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA C/ SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500		
6	00072351 (CÓD: 1)	EXAME - DO TIPO MUCOSECTOMIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	400		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 02 – MEDICINA HIPERBÁRICA

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	414987-4 (CÓD: 1)	TRATAMENTO ESPECIAL - DO TIPO OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA	TRATAMENTO	RONDONÓPOLIS	1.000		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 03 – EXAMES DE RAIOS X

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0001383 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO EMISSAO E INTERPRETACAO DE LAUDOS DE RAIOS-X DIGITAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	00068640 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RAIOS-X GERAL/ CONVENCIONAL (AGENDAMENTO ELETIVO) - (COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA TORNOZELO, BACIA, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE, EM GERAL COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS	EXAME	RONDONÓPOLIS	3.000		

		DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA, TORNOZELO, BACIA, PELVE, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, ESCANOMETRIA DIGITAL, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE).					
3	00030844 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (PARA ESCOLIOSE)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
4	304242-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAO X - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA - 1 INCIDENCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 04 – ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - VENOSO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
2	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - ARTERIAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
3	00057434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAI	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00065596 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200		
5	00065597 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200		
6	00057432 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
7	00057433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
8	00037487 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		

9	00035683 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS E VERTEBRAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
10	00019372 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	50		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 05 – ANGIOTOMOGRRAFIA EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
2	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
3	00035550 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00035551 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
5	00035552 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
6	00035553 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
7	00055250 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
8	00055251 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
9	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
10	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
11	00035536 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
12	00035538 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	00035539 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
14	00035540 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
15	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		

16	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
17	00035543 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
18	00035544 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 06 – ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	80		
2	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
3	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00081434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
5	00057398 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
6	00057397 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
7	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
8	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
9	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
10	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
11	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
12	386410-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
13	00057400 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	30		
14	00057399 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	30		

15	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
16	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 07 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM TOMOGRAFIAS

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0004570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	280467-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
3	00034149 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO- MANDIBULARES	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
4	304527-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
5	00027419 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (BRACO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
6	280465-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DO MEMBRO SUPERIOR (CLAVÍCULA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
7	280461-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
8	00057429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
9	304522-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
10	00035643 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
11	00027420 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
12	00027421 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMORAL UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	280452-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
14	00035651 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
15	00027422 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		

16	00035653 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
17	00027430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
18	00027424 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ORBITAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
19	304526-9 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
20	00027425 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO OU PE UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
21	00027426 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (PERNA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
22	280460-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
23	00035659 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
24	00057430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO E COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
25	00027429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO ILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
26	280451-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
27	280462-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
28	00027431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 08 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM RESSONÂNCIAS

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304548-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	385083-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
3	385069-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR(BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
4	385085-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
5	00035568 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA BRACO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		

6	(CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR CLAVÍCULA (UNILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
7	385073-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
8	0004571 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
9	385075-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
10	304552-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO OU PUNHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
11	00027433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
12	304553-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COXO-FEMURAL - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	00038998 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DO COXO-FEMURAL (QUADRIL) COM CONTRASTE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
14	390019-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
15	00035572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
16	00035576 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
17	304554-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
18	00027434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA MAO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
19	304551-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
20	00035578 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE ORBITAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
21	00035579 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE OSSOS TEMPORAIS / MASTOIDES / ORELHAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
22	304555-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO OU PE - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
23	00035581 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE PERNAS DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
24	304545-5 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
25	304546-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
26	00035564 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACAO SACRO-COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
27	00035565 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACOES SACROILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
28	00035582 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA SEIOS DA FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		

29	385077-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
30	385087-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
31	385080-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
32	00078360 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DO CORACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
33	00020819 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS (BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
34	385259-8 (CÓD: 1)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE HEMOCROMATOSE (QUANTIFICAÇÃO DE FERRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 09 – MEDICINA NUCLEAR

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304002-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA PARATIREOIDE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
2	00035727 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
3	303985-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
4	303975-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DO MIOCADIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
5	00035722 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
6	303996-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 131I	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
7	303997-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 99 MTC	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
8	00035735 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA HEPATICA COM HEMACIAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
9	304033-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DE MAMA - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
10	304020-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA OSSEA - CORPO TOTAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
11	304037-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PULMONAR - PERFUSAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	20		
12	00027975 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA (DTPA) COM OU SEM DIURETICO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		

13	00035732 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA COM DMSA - 99M	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
14	0007278 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
15	00061707 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C / TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20		
16	00028044 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO - BOCIO NODULAR TOXICO (GRAVES)	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20		
17	00028061 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (PLUMMER)	EXAME	RONDONÓPOLIS	20		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

2.1. A presente Ata de Registro de Preços vigorará por **12 (DOZE)** meses, a partir da data de sua assinatura.

2.1.1. Durante o prazo de validade desta Ata de Registro de Preços, o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso não será obrigado a utilizar-se dos serviços referidos na Cláusula I, exclusivamente, pelo Sistema de Registro de Preços, podendo fazê-lo através de outra licitação quando julgar conveniente, sem que caiba recurso ou indenização de quaisquer espécies às sociedades empresárias detentoras, podendo inclusive, cancelar esta Ata, na ocorrência de alguma das hipóteses legalmente previstas para tanto, garantidos às detentoras, neste caso, o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA III - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

3.1. A presente Ata, durante sua vigência, poderá ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da Administração que não tenha participado do certame licitatório, mediante manifestação de interesse junto ao Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso, para que este autorize e indique os possíveis fornecedores e respectivos preços a serem praticados, obedecendo a ordem de classificação e os quantitativos a serem locados, não podendo exceder, por órgão ou entidade, a **50% (CINQUENTA POR CENTO)** dos quantitativos registrados.

3.1.1. O(s) preço(s) ofertado(s) pelo(s) Fornecedor(es) signatário(s) da presente Ata de Registro de Preços está especificado no **ANEXO I**, do **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, de acordo com a respectiva classificação.

3.1.2. Para os fornecimentos decorrentes desta Ata, serão observados os aspectos relativos aos preços e condições constantes do **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**.

3.1.3. Em cada fornecimento, o preço unitário a ser pago será o constante da proposta de preços apresentada, no **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, pela sociedade empresária detentora da presente Ata.

CLÁUSULA IV - DO LOCAL

4.1. Todas as atividades necessárias à execução do objeto desta Ata de Registro de Preços deverão ser realizadas em espaços físicos e instalações adequadas.

CLÁUSULA V - DO PAGAMENTO

5.1. Executados os serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar, a(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), emitida(s) para fins de liquidação e pagamento, acompanhada(s) dos seguintes documentos:

5.1.1. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF;

5.1.2. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

5.1.3. Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), Estadual e Municipal, do domicílio sede da **CONTRATADA**.

5.1.3.1. O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI).

5.2. O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil subsequente ao mês de prestação de serviços, contado da data de protocolização da nota fiscal/fatura e dos respectivos documentos comprobatórios da execução da despesa, mediante ordem bancária, emitida através do Banco do Brasil, creditada em conta corrente da **CONTRATADA**.

5.3. A **CONTRATADA** deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/fatura, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do

número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

5.4. Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a **CONTRATADA**, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

5.5. Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA**, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

CLÁUSULA VI - DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.1. A prestação dos serviços deverá ser efetuada conforme condições e especificações constantes no Edital de Licitação e seus anexos, especialmente os previstos no **TERMO DE REFERÊNCIA 009/2025**, de acordo com a sua proposta de preço, e pelo período de vigência fixado neste Contrato, sob as penas da **LEI FEDERAL Nº 14.133 de 2021** e suas alterações posteriores.

6.2. O fornecedor ficará obrigado a atender todos os pedidos efetuados, durante a vigência desta Ata de Registro de Preços.

CLÁUSULA VII - DAS PENALIDADES

7.1. Ocorrendo a inexecução total ou parcial dos serviços contratados, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicará as detentoras desta Ata, segundo a gravidade da falta cometida, sem prejuízo da cobrança de perdas e danos e lucros cessantes, as seguintes sanções administrativas previstas no **ARTIGO 156 da LEI Nº 14.133 de 2021**:

- I. ADVERTÊNCIA;**
- II. MULTA;**
- III. IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR;**
- IV. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR.**

CLAUSULA VIII – DO CANCELAMENTO DO REGISTRO DE PREÇOS DE FORNECEDOR

O FORNECEDOR PODERÁ TER O SEU REGISTRO DE PREÇOS CANCELADO:

8.1. Por iniciativa do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORES/MT a, quando:

- A)** Descumprir as condições constantes da Ata de Registro de Preços;
- B)** Não aceitar reduzir o preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado;
- C)** Por razões de interesse público, devidamente motivadas e justificadas pela Administração;
- D)** Der causa a rescisão administrativa de contrato decorrente da presente Ata de Registro de Preços.

8.2. O cancelamento de registro, nas hipóteses acima previstas, assegurados o contraditório e a ampla defesa, será formalizado por despacho da autoridade competente do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORES/MT.

8.3. A pedido do Fornecedor, quando:

- A)** Comprovar estar impossibilitado de cumprir as exigências da Ata, por ocorrência de casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovados;
- B)** O seu preço registrado se tornar, comprovadamente, inexecutável em função da elevação dos preços de mercado dos insumos que compõem o custo do material/equipamento. A solicitação do Fornecedor para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência mínima de **30 (TRINTA)** dias, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na Cláusula VII, caso não sejam aceitas as razões do pedido.

8.4. A comunicação do cancelamento dos preços registrados será feita pessoalmente ou por correspondência, com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante aos autos.

8.5. No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço do Fornecedor, a comunicação será feita por publicação no Diário Oficial do Estado, considerando-se cancelado(s) o(s) preço(s) registrado(s) no dia subsequente à publicação.

CLAUSULA IX – DA AUTORIZAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

9.1. As emissões de Autorizações de compra, suas retificações ou cancelamentos, totais ou parciais, serão, igualmente, autorizadas pelo

Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORES/MT ou pelo Órgão requisitante ao qual tenha sido facultado à utilização desta Ata de Registro de Preços.

CLAUSULA X – DA FISCALIZAÇÃO

10.1. Será responsável pela fiscalização dos contratos o servidor **FÁBIO DE SOUZA GONÇALVES**, nomeado como Fiscal de Contratos para acompanhar a execução e fiscalização desta Ata de Registro de Preços, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso das aquisições, que de tudo dará ciência à Administração, conforme **ARTIGO 117 DA LEI Nº 14.133 DE 2021**.

CLÁUSULA XI - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes da presente ata de registro de preços correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	02
UNIDADE:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	001
FUNÇÃO:	SAÚDE	10
SUB FUNÇÃO:	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	302
PROGRAMA:	COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS	7030
PROJETO/ATIVIDADE:	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT	2002
ELEMENTO DE DESPESA:	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	3.3.90.39
DESDOBRAMENTO:	SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES	50.00.00

CLÁUSULA XII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. Integram esta Ata o Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, seus Anexos e a Proposta de Preço da sociedade empresárias: _____, no mencionado certame.

12.2. Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a **LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021**, da **LEI COMPLEMENTAR Nº. 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006**, **LEI 147 DE 07 DE AGOSTO DE 2014** e demais legislações complementares.

CLÁUSULA XIII - DA PUBLICAÇÃO

13.1. O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso providenciará a publicação, do extrato, desta Ata de Registro de Preços, providenciará a publicação do seu extrato no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, no prazo de até vinte dias da data de sua assinatura.

CLÁUSULA XIV - DO FORO

14.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou questões relacionadas com o Contrato vinculado a esta Licitação, a Licitante Vencedora deve se subordinar ao Foro da Justiça Comum, da Comarca de Rondonópolis - MT, excluindo, por mais privilegiado que for, qualquer outro, desde que não possa ser resolvido amigavelmente;

Rondonópolis-MT, _____ de _____ de 2025.

JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO
Presidente do Conselho Diretor - CORESS/MT
CONTRATANTE

EMPRESA XXXXXXXXXX
CONTRATADA

TESTEMUNHA:

01) _____
NOME

01) _____
CPF

TESTEMUNHA:

02) _____
NOME

02) _____
CPF

ANEXO VI

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT E A EMPRESA _____, DE ACORDO COM O PROCESSO LICITATÓRIO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025, ORIUNDA DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025 E EM OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NA LEI N.º 14.133 DE 2021 E DEMAIS NORMAS APLICÁVEIS.

O **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** constituído sobre a forma jurídica de Associação Civil, com personalidade jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob n.º **05.238.413/0001-22**, com subsede sito à Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, nesta cidade de Rondonópolis/MT, neste ato representado pelo Presidente do Conselho Diretor, Sr. **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, brasileiro, casado, Prefeito do Município de Tesouro/MT, portador do RG n.º _____ SSP/_____ e inscrito no CPF sob n.º _____, residente e domiciliado em Tesouro/MT, doravante designado **CONTRATANTE** e de outro lado a empresa _____, doravante designado **CONTRATADA**, considerando o cumprimento do estabelecido na **PROPOSTA APRESENTADA AO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025**, oriunda do **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025** e em observância ao disposto na **LEI N.º 14.133 DE 2021** e demais normas aplicáveis, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO**, nos seguintes termos e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A**

LEGISLAÇÃO VIGENTE,” conforme descrição e valores constantes na cláusula quarta deste Instrumento e de acordo com as especificações e demais condições constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 009/2025** que acompanhou o Edital da citada licitação e que ora o integra.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO FUNDAMENTO LEGAL

2.1. Este contrato se consubstancia no procedimento licitatório realizado na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025** e seus Anexos, com fundamento na **LEIS N.º 14.133 DE 2021**, e nas convenções estabelecidas neste instrumento, conforme autorização da Autoridade Competente, Conselheiro Presidente **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, disposta no **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025 -CORESS/MT**, ainda, à Proposta de Preços da **CONTRATADA** e demais documentos que, independentemente de transcrição, fazem parte integrante e complementar deste Instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA FORMA DE EXECUÇÃO

3.1. A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços, conforme condições e especificações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 009/2025**.

3.2. O objeto deste Contrato deverá ser executado em estrita observância ao Edital de Licitação **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025** e seus anexos.

3.3. O regime de execução deste instrumento será o de prestação de serviços em empreitada por preço unitário, conforme dispõe o **ARTIGO 6º, INCISO XXVIII**, da **LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021**.

3.4. Os serviços deste contrato serão prestados por uma só pessoa jurídica, sendo de sua total responsabilidade o cumprimento das obrigações assumidas, em cumprindo todas as exigências do Edital e seus Anexos.

CLÁUSULA QUARTA: DAS ESPECIFICAÇÕES E DOS PREÇOS PRATICADOS

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 01 – GASTROENTEROLOGIA

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	TCEMT0000229 (CÓD: 1)	EXAME ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	EXAME	RONDONÓPOLIS	1.800		
2	429794-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	600		
3	00028983 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - PROCEDIMENTO DE POLIPECTOMIA COLON/GASTRICA	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	600		
4	00057409 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA COM SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500		
5	00057411 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA C/ SEDACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	500		
6	00072351 (CÓD: 1)	EXAME - DO TIPO MUCOSECTOMIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	400		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 02 – MEDICINA HIPERBÁRICA

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	414987-4 (CÓD: 1)	TRATAMENTO ESPECIAL - DO TIPO OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA	TRATAMENTO	RONDONÓPOLIS	1.000		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 03 – EXAMES DE RAIOS X

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0001383 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO EMISSAO E INTERPRETACAO DE LAUDOS DE RAIOS-X DIGITAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	00068640 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RAIOS-X GERAL/ CONVENCIONAL (AGENDAMENTO ELETIVO) - (COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU	EXAME	RONDONÓPOLIS	3.000		

		ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA TORNOZELO, BACIA, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE, EM GERAL COLUNA LOMBO SACRA, COLUNA DORSAL, COLUNA TORACO LOMBAR, COLUNA CERVICAL, COSTELAS POR HEMITORAX ARCOS COSTAIS, TÓRAX, ABDOMEN SIMPLES, ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL, OMOPLATA OU ESCÁPULA, CLAVÍCULA, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO OU QUIRODACTILO, CRÂNIO, OSSOS DA FACE, SEIOS DA FACE, SACRO COCCIX, ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL, ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA TORNOZELO, BACIA, PELVE, COXA, JOELHO AP/P, PANORÂMICO DE MEMBROS INFERIORES, ESCANOMETRIA DIGITAL, PÉ OU PODODACTILO, PERNA, SELA TÚRCICA, PA, LAT, BRETTON OU TOWNE).					
3	00030844 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (PARA ESCOLIOSE)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
4	304242-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAO X - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA - 1 INCIDENCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 04 – ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - VENOSO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
2	00076307 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER - ARTERIAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		

3	00057434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIS	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00065596 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200		
5	00065597 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	200		
6	00057432 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
7	00057433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
8	00037487 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
9	00035683 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE CAROTIDAS E VERTEBRAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
10	00019372 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	50		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 05 – ANGIOTOMOGRAFIA EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
2	00035549 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
3	00035550 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00035551 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE Pelve	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
5	00035552 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
6	00035553 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		

7	00055250 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
8	00055251 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
9	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
10	00057573 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
11	00035536 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
12	00035538 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	00035539 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
14	00035540 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
15	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
16	00035537 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
17	00035543 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
18	00035544 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 06 – ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	80		
2	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
3	00081433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
4	00081434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
5	00057398 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		

6	00057397 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
7	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
8	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA VENOSA PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
9	00057570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
10	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
11	00081429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
12	386410-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
13	00057400 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	30		
14	00057399 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	30		
15	00081431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	150		
16	00057572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA ARTERIAL TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	70		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 07 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM TOMOGRAFIAS

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	0004570 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	280467-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
3	00034149 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO- MANDIBULARES	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
4	304527-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
5	00027419 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (BRACO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
6	280465-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DO MEMBRO SUPERIOR (CLAVÍCULA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		

7	280461-1 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
8	00057429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
9	304522-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
10	00035643 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
11	00027420 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
12	00027421 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA FEMORAL UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	280452-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
14	00035651 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
15	00027422 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
16	00035653 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
17	00027430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
18	00027424 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ORBITAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
19	304526-9 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
20	00027425 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO OU PE UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
21	00027426 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (PERNA)	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
22	280460-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
23	00035659 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
24	00057430 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO E COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
25	00027429 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO ILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
26	280451-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
27	280462-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		

28	00027431 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 08 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM RESSONÂNCIAS

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304548-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
2	385083-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
3	385069-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR(BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
4	385085-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
5	00035568 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA BRACO DIREITO OU ESQUERDO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
6	(CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR CLAVÍCULA (UNILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
7	385073-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
8	0004571 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
9	385075-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
10	304552-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO OU PUNHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
11	00027433 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA COXA UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
12	304553-6 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COXO- FEMURAL - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
13	00038998 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DO COXO-FEMURAL (QUADRIL) COM CONTRASTE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
14	390019-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
15	00035572 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
16	00035576 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE HIPOFISE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
17	304554-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
18	00027434 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DA MAO UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		

19	304551-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
20	00035578 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE ORBITAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
21	00035579 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE OSSOS TEMPORAIS / MASTOIDES / ORELHAS BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
22	304555-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO OU PE - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
23	00035581 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA DE PERNAS DIREITA OU ESQUERDA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
24	304545-5 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
25	304546-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL - UNILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
26	00035564 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACAO SACRO- COCCIX	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
27	00035565 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA ARTICULACOES SACROILIACAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
28	00035582 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA SEIOS DA FACE	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
29	385077-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
30	385087-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
31	385080-3 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	EXAME	RONDONÓPOLIS	300		
32	00078360 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DO CORACAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
33	00020819 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS (BILATERAL)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
34	385259-8 (CÓD: 1)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE HEMOCROMATOSE (QUANTIFICAÇÃO DE FERRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

LOTE 09 – MEDICINA NUCLEAR

ITEM N.º	CÓDIGO TCE/MT	DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE	TIPO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	QUANT. TOTAL	VALOR MÁXIMO UNIT.	VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)
1	304002-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA PARATIREOIDE	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
2	00035727 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		

3	303985-4 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
4	303975-7 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
5	00035722 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
6	303996-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 1311	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
7	303997-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E OU CAPTACAO - 99 MTC	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
8	00035735 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA HEPATICA COM HEMACIAS	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
9	304033-0 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA DE MAMA - BILATERAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
10	304020-8 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA OSSEA - CORPO TOTAL	EXAME	RONDONÓPOLIS	200		
11	304037-2 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PULMONAR - PERFUSAO	EXAME	RONDONÓPOLIS	20		
12	00027975 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA (DTPA) COM OU SEM DIURETICO	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
13	00035732 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA COM DMSA - 99M	EXAME	RONDONÓPOLIS	50		
14	0007278 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - DO TIPO CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	EXAME	RONDONÓPOLIS	100		
15	00061707 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C / TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20		
16	00028044 (CÓD: 1)	SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO - BOCIO NODULAR TOXICO (GRAVES)	PROCEDIMENTO	RONDONÓPOLIS	20		
17	00028061 (CÓD: 1)	SERVICO DE EXAME - TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (PLUMMER)	EXAME	RONDONÓPOLIS	20		
VALOR TOTAL DO LOTE						R\$	

4.1. Descrição, Quantidade e Preços Praticados:

4.1.1. O valor total do presente contrato será de **R\$ _____** (_____ mil reais), conforme valores negociados e fixados no Pregão.

4.1.2. No preço acima estipulado, estão inclusos os materiais, serviços, encargos e tributos relativos ao objeto deste contrato, renunciando, a **CONTRATADA**, o direito de reivindicar custos adicionais.

5. CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. Acatar as decisões e observações feitas pela fiscalização do Consórcio Regional de Saúde, por escrito, em duas vias e entregues mediante recibo, bem como facilitar à **CONTRATANTE** todos os meios necessários à fiscalização dos serviços, sob pena de rescisão contratual;

5.2. Executar os serviços ora contratados, nos termos estabelecidos no Edital de Licitação e seus anexos, especialmente os previstos no **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 009/2025**, de acordo com a sua proposta de preço, e pelo período de vigência fixado neste Contrato, sob as penas da **LEI FEDERAL N.º 14.133 DE 2021** e suas alterações posteriores;

5.3. Comprovar, mensalmente, o recolhimento das contribuições sociais (Fundo de Garantia de Tempo de Serviços e Previdência Social) pertinentes aos seus empregados alocados ao serviço decorrente da contratação, como condição à percepção mensal do valor faturado, e sempre que solicitado, a quitação das obrigações trabalhistas e tributárias;

5.4. Não realizar subcontratação total ou parcial dos serviços, sem anuência do Consórcio Regional de Saúde. No caso de subcontratação autorizada pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** continuará a responder direta e exclusivamente pelos serviços e pelas responsabilidades legais e contratuais assumidas;

5.5. Responsabilizar-se-á por quaisquer danos causados diretamente à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo, relativos à execução da **CONTRATADA** ou em conexão com ele, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade o fato de haver fiscalização ou acompanhamento por parte da **CONTRATANTE**;

5.6. Cumprir a legislação trabalhista e securitária com relação a seus empregados e, quando for o caso, com relação a empregados de fornecedores contratados;

5.7. Responsabilizar-se por todas as providências e obrigações, em caso de acidentes de trabalho com seus empregados, em virtude da execução da presente contratação ou em conexão com ele, ainda que ocorridos em dependências do CORESS/MT;

5.8. Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões, a critério da Administração, referentes à execução do serviço, nos termos da Lei vigente;

5.9. A **CONTRATADA** deverá manter as mesmas condições de habilitação e qualificação durante toda execução dos serviços;

5.10. Assumir, com exclusividade, todos os tributos e taxas que forem devidos em decorrência do objeto deste contrato, bem como as contribuições devidas à Previdência Social, os encargos trabalhistas, prêmios de seguro e de acidentes de trabalho, os encargos que venham a ser criados e exigidos pelos poderes públicos e outras despesas que se fizerem necessárias ao cumprimento do objeto pactuado.

5.11. Para a execução dos serviços a contratada deverá arcar com os gastos decorrentes de despesas como hospedagem, alimentação e transporte necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a contratante.

5.12. A empresa deverá colocar a disposição um número de telefone com atendimento de **10 (DEZ)** horas diárias para eventual necessidade.

5.13. Refazer os serviços executados com falhas ou imperfeições de qualquer natureza, sempre às suas expensas, quando solicitados pelo **CONTRATANTE**, dentro do prazo de garantia.

5.14. Sob nenhuma alegação a **CONTRATADA** poderá adiar ou interromper a execução dos serviços.

6. CLÁUSULA SEXTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

6.1. Cumprir obrigatoriamente todas as cláusulas e obrigações estipuladas no presente contrato, sob as penas da **LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021** e suas alterações posteriores;

6.2. Oferecer todas as informações necessárias para que a **CONTRATADA** possa executar o objeto adjudicado dentro das especificações;

6.3. Efetuar os pagamentos correspondentes aos serviços prestados, nas condições e prazos acordados neste instrumento;

6.4. Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalização do objeto deste Instrumento;

- 6.5.** Notificar, por escrito, à **CONTRATADA**, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso do fornecimento, fixando prazo para sua correção;
- 6.6.** Fiscalizar livremente os serviços, não eximindo a **CONTRATADA** de total responsabilidade quanto à execução dos mesmos;
- 6.7.** Acompanhar o fornecimento, podendo intervir durante a sua execução, para fins de ajuste ou suspensão da entrega; inclusive rejeitando, no todo ou em parte, os serviços executados fora das especificações deste Edital;
- 6.8.** Aplicar as penalidades legais e contratuais cabíveis.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 7.1.** O presente contrato terá vigência de **12 (DOZE)** meses, podendo ser antecipado mediante o cumprimento total do objeto contratado ou se houver necessidade unilateral da **CONTRATANTE**.
- 7.2.** O prazo para assinatura do Contrato será de **5 (CINCO)** dias, contados da convocação formal da adjudicatária.
- 7.2.1.** A critério da administração, o prazo para assinatura do Contrato poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da adjudicatária e aceito pela **CONTRATANTE**;
- 7.3.** O Contrato deverá ser assinado pelo representante legal da adjudicatária, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório.
- 7.4.** O prazo de início da execução do serviço, objeto do presente contrato, não poderá ser superior a **02 (DOIS)** dias úteis, contados a partir da assinatura do contrato.
- 7.5.** O presente contrato pode ser prorrogado pelas partes por períodos sucessivos até atingir o prazo máximo de vigência **60 (SESSENTA)** meses, nos termos do **ART. 113, DA LEI FEDERAL 14.133 DE 2021**, desde que os serviços estejam sendo prestados dentro dos padrões de qualidade exigidos, e os preços e as condições sejam vantajosos para o Município.

7.5.1. A prorrogação do prazo de execução, mesmo devidamente justificada, somente será autorizada havendo concordância entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, mediante lavratura de Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA: DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1. Executados os serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar, a(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), emitida(s) para fins de liquidação e pagamento, acompanhada(s) dos seguintes documentos:

8.1.1. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF;

8.1.2. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

8.1.3. Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), Estadual e Municipal, do domicílio sede da **CONTRATADA**.

8.1.3.1. O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI).

8.2. O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde mensalmente, até o **10º (DÉCIMO)** dia útil subsequente ao mês de prestação de serviços, contado da data de protocolização da nota fiscal/fatura e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme indicado no subitem **8.1**, mediante ordem bancária, emitida através do Banco do Brasil, creditada em conta corrente da **CONTRATADA**.

8.3. A **CONTRATADA** deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/fatura, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

8.4. Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a **CONTRATADA**, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

8.5. Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA**, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

8.6. Nenhum pagamento isentará o contratado das suas responsabilidades e obrigações.

CLÁUSULA NONA: DO REAJUSTE DE PREÇOS

9.1. Os preços para a prestação de serviços objeto deste Instrumento serão fixos e não sofrerão reajuste durante a vigência deste Contrato, de acordo com os termos estabelecidos pela legislação vigente e atinente à matéria, a não ser que haja algum desequilíbrio econômico-financeiro ou fato superveniente, devidamente comprovado, cabendo a Licitante Vencedora, no escopo da sua solicitação, justificar e comprovar a variação dos custos, apresentando memória de cálculo e planilhas apropriadas para análise e posterior aprovação do Presidente do Conselho Diretor.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA SUSTAÇÃO DO PAGAMENTO

10.1. A **CONTRATANTE** se reserva ao direito de sustar pagamentos devidos à **CONTRATADA**, nos seguintes casos:

- I. Irregularidades constatadas pela fiscalização do CORESS/MT;
- II. Obrigações da **CONTRATADA** com terceiros, que possam afetar os interesses da **CONTRATANTE**;
- III. Inadimplência total ou parcial da **CONTRATADA**, no cumprimento e execução do aqui ajustado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

11.1. O contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos termos da **LEI Nº 14.133 DE 2021**, e suas alterações posteriores, a saber:

11.1.1. Unilateralmente pela **CONTRATANTE**:

A) Quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites permitidos pela **LEI FEDERAL N.º 14.133 DE 2021**.

11.1.2. Por acordo das partes:

A) A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, até **25%** (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO: Todas as alterações que se fizerem necessárias serão registradas por intermédio de lavratura de Termo Aditivo ao presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA RESCISÃO CONTRATUAL

12.1. A **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente contrato, se assim determinar o superior interesse Público, sem que incorra em qualquer penalidade, pagando à **CONTRATADA**, os serviços executados se os mesmos tiverem de acordo com o exigido.

§ 1º. A **CONTRATANTE** poderá rescindir, unilateralmente, o presente contrato, independentemente da notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, perdendo a **CONTRATADA**, as garantias e retenções efetivadas nas seguintes condições:

I – Descumprimento parcial ou total das cláusulas aqui acordadas, que causem evidentes prejuízos aos interesses da **CONTRATANTE**;

II – Inobservância das normas e especificações;

III – Subcontratação total ou parcial do objeto deste contrato, cessão, a qualquer título da contratação sem garantias, negociação de duplicatas, referentes a faturas emitidas, com estabelecimentos financeiros ou com terceiros, sem prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**;

IV – Cometer qualquer fraude;

V – Reiterada constatação pela fiscalização de má-fé, incapacidade técnica, financeira ou administrativa;

VI – Deixar de iniciar os trabalhos de execução dos serviços, sem justo motivo, devidamente comprovado no prazo de **10 (DEZ)** dias, após entrega da primeira Ordem de Serviços;

VII – Interromper os trabalhos sem justo motivo, devidamente comprovado, por mais de **10 (DEZ)** dias consecutivos;

VIII – No interesse da **CONTRATANTE**;

§ 2º. Antes de ser declarada inadimplente, a parte será notificada pela outra, para dar cumprimento à Cláusula ou dispositivo contratual violado.

§ 3º. Exceto no caso de rescisão por mútuo acordo, não caberá à **CONTRATADA**, nenhuma espécie de indenização, ficando ainda

estabelecido que, mesmo naquele caso, a **CONTRATANTE** não pagará indenização àquele por encargos resultantes da legislação trabalhista, e da previdência social, bem como aqueles decorrentes de atos ilícitos, praticados por ela, por seus empregados ou prepostos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS PENALIDADES

13.1. Ocorrendo a inexecução total ou parcial dos serviços contratados, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicará as detentoras desta Ata, segundo a gravidade da falta cometida, sem prejuízo da cobrança de perdas e danos e lucros cessantes, as seguintes sanções administrativas previstas no **ARTIGO 156 DA LEI Nº 14.133 DE 2021**:

I - ADVERTÊNCIA;

II - MULTA;

III - IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR;

IV - DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

14.1. Aplica-se a este contrato a seguinte legislação:

- A)** Este Contrato vincula-se ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 09/2025**, oriunda do **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**, regulando-se pelas suas Cláusulas e preceitos do Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado, obrigando-se as partes a executar fielmente os dispostos neste instrumento.
- B)** A legislação aplicável à execução deste Contrato e especialmente nos casos omissos será a **LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES DESTES CONTRATO

15.1. Considera-se parte integrante deste Contrato, os seguintes documentos:

- A)** O **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025** e o **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 009/2025**, bem como seus anexos;
- B)** A Proposta de Preços apresentada na licitação pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

16.1. As despesas decorrentes do presente contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	02
UNIDADE:	CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO	001
FUNÇÃO:	SAÚDE	10
SUB FUNÇÃO:	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	302
PROGRAMA:	COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS	7030
PROJETO/ATIVIDADE:	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT	2002
ELEMENTO DE DESPESA:	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	3.3.90.39
DESDOBRAMENTO:	SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES	50.00.00

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS CASOS OMISSOS

17.1. Os casos omissos ou situações não explicitadas nas Cláusulas deste Instrumento serão resolvidos pelo **CONTRATANTE**, segundo as disposições contidas na **LEI Nº 14.133 DE 2021** e suas alterações posteriores, demais regulamentos e normas administrativas federais que regem a matéria.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1. As partes ficam, ainda, adstritas às seguintes disposições:

- A) A **CONTRATADA** obriga-se a se manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação e a cumprir fielmente as cláusulas ora avençadas, bem como as normas previstas na **LEI N. 14.133 DE 2021** e legislação complementar;
- B) É vedado caucionar ou utilizar o presente contrato para qualquer operação financeira, sem prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**.
- C) É defeso à **CONTRATADA** ceder ou transferir, total ou parcialmente, os direitos e obrigações decorrentes deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DA PUBLICAÇÃO

19.1. Para eficácia do presente instrumento, o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** providenciará a publicação do seu extrato no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, nos termos da **LEI Nº 14.133 DE 2021**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DA FISCALIZAÇÃO

20.1. Ficará responsável pela fiscalização da execução dos serviços objeto do contrato o funcionário público Sr. **FÁBIO DE SOUZA GONÇALVES**, nomeado como Fiscal de Contratos, à qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso das prestações de serviços, que tudo dará ciência à Administração e ao CORESS/MT, conforme **ARTIGO 117 DA LEI Nº 14.133 DE 2021**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA: DO FORO

21.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Rondonópolis/MT como competente para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste Contrato, inclusive os casos omissos, que não puderem ser resolvidos pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, ficando uma via arquivada na sede da **CONTRATANTE**.

Rondonópolis-MT, _____ de _____ de 2025.

JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO
Presidente do Conselho Diretor - CORESS/MT
CONTRATANTE

EMPRESA XXXXXXXXXXXX
CONTRATADA

TESTEMUNHA:

01) _____

NOME

01) _____

CPF

TESTEMUNHA:

02) _____

NOME

02) _____

CPF

ANEXO VII

FICHA CADASTRAL

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 009/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 009/2025**

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, ABRANGENDO TRATAMENTO, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NAS ÁREAS DE GASTROENTEROLOGIA E MEDICINA HIPERBÁRICA, EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDOS DE RAIOS X, EXAMES DE RAIOS X EM GERAL, ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EM GERAL, ANGIOTOMOGRAFIA E ANGIORESSONÂNCIA EM GERAL, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS E RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS ADULTOS E INFANTIS) E MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIAS), DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM A POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE,” de acordo com o Termo de Referência e demais condições estabelecidas no Edital e seus anexos.

1. DADOS DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:	
NOME FANTASIA:	
CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
INSCRIÇÃO MUNICIPAL:	OPTANTE PELO SIMPLES: () SIM () NÃO CAMPO OBRIGATÓRIO
ENDEREÇO COMPLETO:	
CEP:	CIDADE/ESTADO:
TELEFONES (INFORMAR PELO MENOS 2 TELEFONES PARA CONTATO):	
E-MAIL:	

2. MARQUE QUAL A CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA:

- A) MICROEMPRESA ()**
B) EMPRESA DE PEQUENO PORTE ()
C) EMPREENDEDOR INDIVIDUAL ()
D) OUTROS (). QUAL _____

3. TIPO DA EMPRESA:

- A) () INDIVIDUAL**
B) () LTDA
C) () S/A
D) () EIRELI
E) () OUTROS. QUAL _____

4. DADOS DOS SÓCIOS CONSTANTES NO CONTRATO SOCIAL: (É OBRIGATÓRIO A INFORMAÇÃO DE NO MÍNIMO 02 SÓCIOS EXCETO QUANDO FOR EMPRESA INDIVIDUAL).

NOME COMPLETO:

CPF:

DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:

NOME COMPLETO:

CPF:

DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:

5. DADOS BANCÁRIOS: (É OBRIGATÓRIO QUE A CONTA ESTEJA EM NOME DA EMPRESA PARTICIPANTE)

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

6. DADOS DO REPRESENTANTE QUE ATUARÁ NA SESSÃO:

NOME COMPLETO:

RG:

CPF:

7. DADOS DA PESSOA RESPONSÁVEL QUE ASSINARÁ O CONTRATO CASO A EMPRESA SEJA VENCEDORA:

NOME COMPLETO:

CARGO:

ESTADO CIVIL:

RG:

ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF:

CPF:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE/ESTADO:

CEP:

TELEFONES:

E-MAIL:

LOCAL E DATA.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA

(NOME LEGÍVEL/CARGO)

"OBSERVA-SE QUE É IMPRESCINDÍVEL O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE. A NÃO OBSERVÂNCIA DESSA EXIGÊNCIA POR PARTE DA EMPRESA IMPLICARÁ NA ADOÇÃO DE MEDIDAS PELO PREGOEIRO, QUE DETERMINARÁ O DEVIDO PREENCHIMENTO NO MOMENTO DA HABILITAÇÃO."