

AVISO DE RETIFICAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2022

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**

DO OBJETO: CREDENCIAMENTO nº 002/2022, objetivando credenciamento de pessoa jurídica com habilidade no atendimento de serviços na área de saúde, objetivando a realização de consultas médicas especializadas, realização de exames especializados de média e alta complexidade, bem como serviços de procedimentos cirúrgicos, objetivando realização do atendimento de pacientes encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados do CISAMSF, onde a futura contratação a ser celebrada com o Consórcio CISAMSF, dar-se-á através de procedimentos de Inexigibilidade de Licitação, com fulcro no caput do art. 25 da Lei Federal nº 8.666/93, conforme detalhado no Projeto Básico/Especificação Técnica, em atendimento à solicitação da Secretaria Executiva do CISAMSF”.

ONDE-SE LÊ:

ANEXO I - PROJETO BÁSICO / ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

10. DO PAGAMENTO

10.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED), preferencialmente através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal deve ser devidamente empenhada e acompanhada das respectivas requisições emitidas por servidores devidamente credenciados pelas secretarias municipais de saúde dos respectivos Municípios consorciados do CISAMSF, bem como acompanhada ainda de relatório com identificação do paciente e a descrição do serviço médico e ou procedimentos de exames realizados, devidamente assinados pelo paciente ou responsável, conforme o caso, e pelo profissional médico.

10.3 Caso a futura CONTRATADA, opte pela realização de pagamento por PIX, TED, DOC ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

11. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

11.1 Do Consórcio CISAMSF

11.1.7 Será de responsabilidade do Consórcio CISAMSF, realizar o pagamento à CONTRATADA por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da CONTRATADA.

12.2 Dos Municípios Consorciados

12.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consórcio CISAMSF, realizar a conferência e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consórcio CISAMSF a tomar as devidas providências de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas, o Consórcio CISAMSF emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providências decorrentes pautadas para que o

pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA até o 20º (vigésimo) dia do mesmo mês.

12.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela CONTRATADA contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consorcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA até o 20º (vigésimo) dia do mesmo mês.

12.3 Da futura Contratada

12.3.6. Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 deste projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento até o 20º(vigésimo) dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

LEIA-SE:

ANEXO I - PROJETO BÁSICO / ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

10. DO PAGAMENTO

10.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, **até o 30º (trigésimo)** dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED), preferencialmente através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal deve ser devidamente empenhada e acompanhada das respectivas requisições emitidas por servidores devidamente credenciados pelas secretarias municipais de saúde dos respectivos Municípios consorciados do CISAMSF, bem como acompanhada ainda de relatório com identificação do paciente e a descrição do serviço médico e ou procedimentos de exames realizados, devidamente assinados pelo paciente ou responsável, conforme o caso, e pelo profissional médico.

10.3 Caso a futura CONTRATADA, **opte pela realização de pagamento por TED, DOC** ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

11. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

11.1 Do Consórcio CISAMSF

11.1.7 Será de responsabilidade do Consorcio CISAMSF, realizar o pagamento à CONTRATADA por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada **até o 30º (trigésimo)** dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da CONTRATADA.

11.2 Dos Municípios Consorciados

12.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consorcio CISAMSF, realizar a conferência e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consorcio CISAMSF a tomar as devidas providencias de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas, o Consorcio CISAMSF emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e

encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providências decorrentes pautadas para que o pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA **até o 30º (trigésimo)** dia do mesmo mês.

12.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela CONTRATADA contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consórcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA **até o 30º (trigésimo)** dia do mesmo mês.

12.3 Da futura Contratada

12.3.6. Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 deste projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento **até o 30º (trigésimo)** dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

ONDE-SE LÊ:

ANEXO II - MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N°:/2022

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED) em nome da **“Contratada”**, através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal devidamente empenhada, acompanhada de relatório e das respectivas ordens de serviços e ou requisições emitidas por servidor devidamente credenciado pelo Município.

3.3 Caso a futura **Contratada**, opte pela realização de pagamento por PIX, TED, DOC ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1 Do Consórcio CISAMSF

6.1.7 Será de responsabilidade do Consórcio CISAMSF, realizar o pagamento à **Contratada** por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada até o 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da **Contratada**.

6.2 Dos Municípios Consorciados

6.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consórcio CISAMSF, realizar a conferência e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consórcio CISAMSF a tomar as devidas providências de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas o Consórcio CISAMSF, emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e

encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providências decorrentes pautadas para que o pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada até o 20º (vigésimo) dia do mesmo mês.

6.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela **Contratada** contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consórcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada até o 20º (vigésimo) dia do mesmo mês.

6.3 Da Contratada

6.3.7 Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 do projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento até o 20º(vigésimo) dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

LEIA-SE:

ANEXO II - MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N°:/2022

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, **até o 30º (trigésimo)** dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED) em nome da **“Contratada”**, através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal devidamente empenhada, acompanhada de relatório e das respectivas ordens de serviços e ou requisições emitidas por servidor devidamente credenciado pelo Município.

3.3 Caso a futura **Contratada**, **opte pela realização de pagamento por TED, DOC** ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1 Do Consórcio CISAMSF

6.1.7 Será de responsabilidade do Consórcio CISAMSF, realizar o pagamento à **Contratada** por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada **até o 30º (trigésimo)** dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da **Contratada**.

6.2 Dos Municípios Consorciados

6.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consórcio CISAMSF, realizar a conferência e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consórcio CISAMSF a tomar as devidas providências de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas o Consórcio CISAMSF, emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e

encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providências decorrentes pautadas para que o pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada **até o 30º (trigésimo)** dia do mesmo mês.

6.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela **Contratada** contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consórcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada **até o 30º (trigésimo)** dia do mesmo mês.

6.3 Da Contratada

6.3.7 Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 do projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento **até o 30º(trigésimo)** dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

ONDE-SE LÊ:

ANEXO IV – PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO INTERESSADOS NO CREDENCIAMENTO PARA A FUTURA CONTRATAÇÃO COM O CONSORCIO CISAMSF

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**

Ao
Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF
Atte. Comissão Permanente de Licitação
JANUÁRIA-MG

Prezados Membros,

A pessoa jurídica (..... qualificar com nome, CNPJ e endereço completo....), representada pelo seu sócio, na qualidade de responsável técnico (.....qualificar o sócio, com nome, identidade, CRM e endereço completo.....), certifica o interesse no credenciamento para a prestação de serviços médicos, nas especialidades identificados com (X), nos itens dos respectivos lotes detalhados abaixo e, não obstante declara que está de acordo em prestar os respectivos serviços nos preços unitários que o Consorcio CISAMSF se limita a pagar e que será objeto da futura contratação.

TABELA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS					
LOTE 05 - CIRURGIA GERAL (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
96	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVO	04.07.03.001-8	10	R\$ 9.000,00	(.....)
97	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	04.07.03.002-6	24	R\$ 3.400,00	(.....)
98	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.003-4	40	R\$ 4.300,00	(.....)
99	COLECISTOSTOMIA	04.07.03.004-2	24	R\$ 4.300,00	(.....)

100	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	04.16.05.002-6	24	R\$ 3.400,00	(.....)
101	COLECTOMIA TOTAL	04.07.02.007-1	20	R\$ 5.000,00	(.....)
102	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	04.01.02.006-1	20	R\$ 2.000,00	(.....)
103	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	04.01.02.007-0	16	R\$ 2.000,00	(.....)
104	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	04.01.01.007-4	12	R\$ 2.000,00	(.....)
105	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	16	R\$ 3.200,00	(.....)
106	GASTROSTOMIA	04.07.01.021-1	24	R\$ 5.000,00	(.....)
107	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	03.09.01.003-9	16	R\$ 5.000,00	(.....)
108	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.01.022-0	16	R\$ 5.000,00	(.....)
109	HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.028-4	16	R\$ 3.400,00	(.....)
110	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	04.07.04.006-4	20	R\$ 3.000,00	(.....)
111	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.04.007-2	20	R\$ 4.000,00	(.....)
112	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.009-9	20	R\$ 4.500,00	(.....)
113	HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVECIONAL	04.07.04.013-7	16	R\$ 3.000,00	(.....)
114	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.010-2	20	R\$ 4.300,00	(.....)
115	HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVECIONAL	04.07.04.012-9	16	R\$ 3.400,00	(.....)
116	HERNIOPLASTIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.012-9	20	R\$ 4.300,00	(.....)
117	LAQUEADURA TUBÁRIA	04.09.06.018-6	40	R\$ 2.500,00	(.....)
118	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	04.07.02.035-7	16	R\$ 5.900,00	(.....)
119	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) ABERTO	04.07.01.027-0	16	R\$ 4.300,00	(.....)
120	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) POR VÍDEO	04.07.01.027-0	16	R\$ 5.900,00	(.....)
121	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	04.09.01.043-0	20	R\$ 3.000,00	(.....)
122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	20	R\$ 3.000,00	(.....)
123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA VAGINAL (USA PROTESE)	04.09.07.027-0	20	R\$ 8.500,00	(.....)
124	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL	04.07.02.047-0	20	R\$ 6.000,00	(.....)
125	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTRIESOFÁGICO +HERNIA DE HIATO (POR VIDEO)	04.07.01.029-7	20	R\$ 5.500,00	(.....)
126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	04.09.04.023-1	20	R\$ 3.400,00	(.....)

LOTE 07 – CIRURGIA ORTOPÉDICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
149	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	04.08.04.007-6	10	R\$ 11.450,00	(.....)
150	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	04.08.04.005-0	10	R\$ 8.450,00	(.....)
151	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	04.08.04.006-8	10	R\$ 11.750,00	(.....)
152	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA HÍBRIDA	04.08.04.009-2	10	R\$ 11.750,00	(.....)
153	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	04.08.05.007-1	10	R\$ 11.250,00	(.....)
154	DESBRIDAMENTO DE FASCEITO NECROTIZANTE	04.15.04.002.7	10	R\$ 6.600,00	(.....)
155	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	04.015.04.003-5	12	R\$ 4.750,00	(.....)

156	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	04.15.04.004-3	16	R\$ 3.200,00	(.....)
157	PROCEDIMENTO SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	04.15.02.006-9	24	R\$ 1.000,00	(.....)
158	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	04.08.05.014-4	20	R\$ 6.650,00	(.....)
159	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	04.08.05.015-2	20	R\$ 6.650,00	(.....)
160	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	04.08.05.016-0	10	R\$ 7.650,00	(.....)
161	RETIRADA DE FIO, HASTE, PINO INTRA-ÓSSEO	04.08.06.035-2	16	R\$ 3.500,00	(.....)
162	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	04.08.06.037-9	12	R\$ 3.250,00	(.....)
163	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	04.08.05.037-3	8	R\$ 4.500,00	(.....)
164	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	04.08.02.030-0	8	R\$ 6.000,00	(.....)
165	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR	04.08.01.018-5	8	R\$ 6.000,00	(.....)
166	COLUNA VERTEBRAL (INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIO OU ARTICULAR	03.03.09.003-0	10	R\$ 3.500,00	(.....)
167	EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	04.08.06.013-1	10	R\$ 5.750,00	(.....)
170	PUNÇÃO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADO POR (RX, US, TC)	02.01.01.064-0	10	R\$ 4.500,00	(.....)
171	PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRAÇÃO/AGULAHMENO SECO (ORIENTADO POR RX, US,TC,RM)	02.01.01.064-0	10	R\$ 1.900,00	(.....)
172	REPARO DO MANGUITO ROTADOR (INCLUINDO PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - PROCEDIMENTO VID. DE OMBRO	04.08.01.014-2	12	R\$ 6.750,00	(.....)
173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMEMO	04.08.02.033-4	10	R\$ 6.750,00	(.....)
174	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA PROXIMAL(COLO)DO FEMUR(SINTESE)	04.08.05.048-9	12	R\$ 7.750,00	(.....)
175	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	04.08.02.054-7	10	R\$ 6.500,00	(.....)
176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	04.08.05.089-6	10	R\$ 7.000,00	(.....)
177	VIDEOARTROSCOPIA	04.08.06.071-9	12	R\$ 7.000,00	(.....)
LOTE 09 - CIRURGIA UROLÓGICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
183	CISTOSCOPIA COM RETIRADA DE CATETER DUPLO J	02.09.02.001-6	10	R\$ 1.300,00	(.....)
184	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	02.09.02.001-6	12	R\$ 1.300,00	(.....)
185	ELETRO CAUTERIZAÇÃO PENIANA	02.01.01.038-0	8	R\$ 1.400,00	(.....)
186	ESTUDO URODINÂMICO	02.11.09.001-8	12	R\$ 850,00	(.....)
187	EXERESE DE CISTO URETRAL	04.09.07.014-9	8	R\$ 3.800,00	(.....)
188	FRENULOPLASTIA	04.09.05.006-7	10	R\$ 1.800,00	(.....)
189	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	04.09.01.017-0	12	R\$ 2.100,00	(.....)
190	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA	04.09.02.006-0	8	R\$ 1.500,00	(.....)
191	MEATOTOMIA SIMPLES	04.09.02.007-9	8	R\$ 1.000,00	(.....)
192	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA (NLA)	04.09.01.022-7	8	R\$ 7.000,00	(.....)

193	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNIA (NLPC)	04.09.01.023-5	10	R\$ 8.700,00	(.....)
194	PENISCOPIA	02.01.01.038-0	8	R\$ 575,00	(.....)
195	POSTECTOMIA	04.09.05.008-3	10	R\$ 2.000,00	(.....)
196	PROSTECTOMIA SUPRAPÚBLICA	04.09.03.002-3	10	R\$ 5.750,00	(.....)
197	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PRÓSTATA	04.09.03.004-0	24	R\$ 4.580,00	(.....)
198	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	04.09.01.039-1	10	R\$ 5.000,00	(.....)
199	URETEROLITOTOMIA FLEXIVEL	04.09.01.056-1	10	R\$ 4.750,00	(.....)
200	URETEROLITOTOMIA RIGÍDA	04.09.01.056-1	8	R\$ 4.500,00	(.....)
201	URETROTOMIA INTERNA	04.09.02.017-6	8	R\$ 3.350,00	(.....)

**LOTE 20 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA RETINA
(INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
352	REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	04.05.03.023-1	8	R\$ 2.500,00	(.....)
353	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OD	04.05.03.022-3	8	R\$ 3.500,00	(.....)
354	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OE	04.05.03.022-3	8	R\$ 3.500,00	(.....)
355	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OD	04.05.03.021-5	10	R\$ 3.000,00	(.....)
356	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OE	04.05.03.021-5	10	R\$ 3.000,00	(.....)
357	VITRECTOMIA ANTERIOR - OD	04.05.03.013-4	8	R\$ 6.000,00	(.....)
358	VITRECTOMIA ANTERIOR - OE	04.05.03.013-4	8	R\$ 6.000,00	(.....)
359	VITRECTOMIA POSTERIOR - OD	04.05.03.014-2	8	R\$ 6.500,00	(.....)
360	VITRECTOMIA POSTERIOR - OE	04.05.03.014-2	8	R\$ 6.500,00	(.....)
361	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OD	04.05.03.017-7	8	R\$ 6.800,00	(.....)
362	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OE	04.05.03.017-7	8	R\$ 6.800,00	(.....)

LOTE 28 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
541	ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	02.10.01.003-7	20	R\$ 630,00	(.....)
542	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	02.10.01.003-7	20	R\$ 520,00	(.....)
543	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL VENOSA	02.10.01.003-7	20	R\$ 440,00	(.....)
544	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	02.10.01.003-7	20	R\$ 440,00	(.....)
545	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	02.10.01.003-7	20	R\$ 440,00	(.....)
546	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	02.10.01.003-7	20	R\$ 690,00	(.....)
547	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	02.10.01.003-7	20	R\$ 400,00	(.....)
548	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	02.10.01.003-7	20	R\$ 410,00	(.....)
549	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.10.01.003-7	20	R\$ 400,00	(.....)
550	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	02.10.01.003-7	20	R\$ 410,00	(.....)
552	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	02.06.03.001-0	148	R\$ 510,00	(.....)
553	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN INFERIOR/BACIA/PELVE	02.06.03.003-7	100	R\$ 319,00	(.....)
555	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
556	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - DIREITO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)

557	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - ESQUERDO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)
558	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO	02.06.02.001-5	12	R\$ 240,00	(.....)
559	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO	02.06.02.001-5	12	R\$ 240,00	(.....)
560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)
561	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)
562	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
563	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO -ESQUERDO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
564	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
565	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
566	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - DIREITO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
567	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - ESQUERDO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
568	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)
569	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	50	R\$ 240,00	(.....)
570	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.001-0	80	R\$ 240,00	(.....)
571	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.002-8	80	R\$ 240,00	(.....)
572	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.003-6	80	R\$ 240,00	(.....)
573	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9	240	R\$ 240,00	(.....)
574	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM JANELA ÓSSEA E RECONSTRUÇÃO 3D	02.06.01.007-9	80	R\$ 410,00	(.....)
575	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDÍBULA	02.06.01.004-4	50	R\$ 240,00	(.....)
576	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	02.06.01.004-4	50	R\$ 240,00	(.....)
577	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLÂNDULAS SALIVARES, GLÂNGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREOÍDE)	02.06.01.005-2	50	R\$ 250,00	(.....)
578	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	100	R\$ 300,00	(.....)
579	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	02.06.01.005-2	50	R\$ 250,00	(.....)
580	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	02.06.02.003-1	200	R\$ 347,00	(.....)
581	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	80	R\$ 50,00	(.....)
582	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)

583	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
584	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
585	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
586	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
587	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
588	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
589	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
590	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
591	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
592	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
593	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	50	R\$ 240,00	(.....)
594	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	02.06.01.006-0	80	R\$ 240,00	(.....)
595	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0	40	R\$ 400,00	(.....)
596	TOMOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS (UROTOMOGRAFIA)	02.06.03.003-7	40	R\$ 400,00	(.....)
597	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	02.06.01.009-5	24	R\$ 2.100,00	(.....)
LOTE 29 - ULTRASSONOGRAFIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
598	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO ULTRASSON	04.17.01.006-0	100	R\$ 170,00	(.....)
599	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	02.05.01.005-9	80	R\$ 180,00	(.....)
600	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA COM BIOPSIA GUIADA DE US	02.01.01.054-2	100	R\$ 400,00	(.....)
601	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS	02.05.02.007-0	120	R\$ 80,00	(.....)
602	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS)	02.05.02.012-7	120	R\$ 93,00	(.....)
603	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS)COM DOPPLER	02.05.02.012-7	100	R\$ 98,50	(.....)
604	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	02.05.02.003-8	120	R\$ 80,00	(.....)
605	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.05.02.003-8	120	R\$ 75,00	(.....)
606	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AB. SUPERIOR + AB. INFERIOR)	02.05.02.004-6	400	R\$ 90,00	(.....)
607	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - DIREITO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
608	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)

609	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - DIREITO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
610	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
611	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.05.02.006-2	100	R\$ 80,00	(.....)
612	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	100	R\$ 80,00	(.....)
613	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - DIREITO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
614	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
615	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
616	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	80	R\$ 80,00	(.....)
617	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
618	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
619	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - DIREITO	02.05.02.006-2	100	R\$ 80,00	(.....)
620	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - ESQUERDO	02.05.02.006-2	100	R\$ 80,00	(.....)
621	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
622	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
623	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
624	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
625	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	100	R\$ 80,00	(.....)
626	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.02.007-0	80	R\$ 120,00	(.....)
627	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MUSCÚLO/TENDÕES)	02.05.02.012-7	80	R\$ 120,00	(.....)
628	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	100	R\$ 120,00	(.....)
629	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (NÓDULOS, TUMORES, ABCESSOS, LINFONODOMEGALIAS)	02.05.02.012-7	100	R\$ 80,00	(.....)
630	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	120	R\$ 80,00	(.....)
631	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANS-RETAL)	02.05.02.011-9	80	R\$ 120,00	(.....)
632	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDÍACA)	02.05.02.013-5	80	R\$ 100,00	(.....)
633	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINÁRIAS)	02.05.02.005-4	200	R\$ 100,00	(.....)
634	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	02.05.01.004-0	80	R\$ 120,00	(.....)
635	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	02.05.01.004-0	80	R\$ 200,00	(.....)
636	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE APARELHO URINÁRIO (RIM TRANSPLANTADO)	02.05.01.004-0	50	R\$ 180,00	(.....)

637	ULTRASSONOGRAFIA DOPLER FIGADO E VASOS HEPÁTICO	02.05.01.004-0	50	R\$ 200,00	(.....)
638	ULTRASSONOGRAFIA DOPLERFLUXOMETRIA FETAL	02.05.01.005-9	50	R\$ 170,00	(.....)
639	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MID	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
640	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MIE	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
642	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSE	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
643	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN DOS VASOS ABDOMINAIS	02.05.01.004-0	50	R\$ 200,00	(.....)
644	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MID	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
645	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MIE	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
646	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSD	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
647	ULTRASSONOGRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSE	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
648	ULTRASSONOGRAFIA ENDORETAL COM BIOPSIA	02.01.01.054-2	40	R\$ 200,00	(.....)
649	ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSONOGRAFIA 5º AO 11º DIA DO CICLO MENSTRUAL	02.05.02.018-6	50	R\$ 200,00	(.....)
650	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	02.05.01.005-9	100	R\$ 120,00	(.....)
651	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR 1ª, 2ª E 3ª TRIMESTRE (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	80	R\$ 200,00	(.....)
652	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM PBF (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	50	R\$ 200,00	(.....)
653	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MARCADORES CROMOSSÔMICOS	02.05.01.005-9	50	R\$ 170,00	(.....)
654	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL	02.05.01.005-9	50	R\$ 200,00	(.....)
655	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL COM DOPPLER	02.05.01.005-9	50	R\$ 320,00	(.....)
656	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL GEMELAR (DOIS FETOS)	02.05.01.005-9	40	R\$ 300,00	(.....)
658	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA ROTINA	02.05.02.014-3	600	R\$ 80,00	(.....)
659	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO BIOFÍSICO FETAL	02.05.01.005-9	50	R\$ 110,00	(.....)
660	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA DIREITA)	02.01.01.058-5	40	R\$ 200,00	(.....)
661	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA ESQUERDA)	02.01.01.058-5	40	R\$ 200,00	(.....)
662	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE TIREÓIDE GUIADA DE US	02.01.01.047-0	50	R\$ 200,00	(.....)
663	ULTRASSONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL OU PAREDE TORÁCICA	02.05.02.004-6	80	R\$ 100,00	(.....)
664	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	200	R\$ 90,00	(.....)
665	ULTRASSONOGRAFIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	02.01.01.060-7	10	R\$ 450,00	(.....)
666	ULTRASSONOGRAFIA REGIÃO INGUINAL	02.05.01.004-0	80	R\$ 80,00	(.....)
667	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	80	R\$ 120,00	(.....)
668	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	02.05.01.005-9	80	R\$ 100,00	(.....)
669	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	02.05.02.018-6	400	R\$ 90,00	(.....)

Local/Data..... de de..... de 2022

Assinatura do representante legal da empresa

LEIA-SE:

ANEXO IV – PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO INTERESSADOS NO CREDENCIAMENTO PARA A FUTURA CONTRATAÇÃO COM O CONSORCIO CISAMSF

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**

Ao
Consortio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF
Atte. Comissão Permanente de Licitação
JANUÁRIA-MG

Prezados Membros,

A pessoa jurídica (..... qualificar com nome, CNPJ e endereço completo....), representada pelo seu sócio, na qualidade de responsável técnico (.....qualificar o sócio, com nome, identidade, CRM e endereço completo.....), certifica o interesse no credenciamento para a prestação de serviços médicos, nas especialidades identificados com (X), nos itens dos respectivos lotes detalhados abaixo e, não obstante declara que está de acordo em prestar os respectivos serviços nos preços unitários que o Consorcio CISAMSF se limita a pagar e que será objeto da futura contratação.

TABELA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS					
LOTE 05 - CIRURGIA GERAL (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
96	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVO	04.07.03.001-8	5	R\$ 9.000,00	(.....)
97	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	04.07.03.002-6	10	R\$ 3.400,00	(.....)
98	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.003-4	20	R\$ 4.300,00	(.....)
99	COLECISTOSTOMIA	04.07.03.004-2	12	R\$ 4.300,00	(.....)
100	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	04.16.05.002-6	10	R\$ 3.400,00	(.....)
101	COLECTOMIA TOTAL	04.07.02.007-1	10	R\$ 5.000,00	(.....)
102	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	04.01.02.006-1	8	R\$ 2.000,00	(.....)
103	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	04.01.02.007-0	8	R\$ 2.000,00	(.....)
104	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	04.01.01.007-4	12	R\$ 2.000,00	(.....)
105	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	8	R\$ 3.200,00	(.....)
106	GASTROSTOMIA	04.07.01.021-1	12	R\$ 5.000,00	(.....)
107	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	03.09.01.003-9	8	R\$ 5.000,00	(.....)
108	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.01.022-0	8	R\$ 5.000,00	(.....)
109	HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.028-4	8	R\$ 3.400,00	(.....)
110	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	04.07.04.006-4	10	R\$ 3.000,00	(.....)
111	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.04.007-2	10	R\$ 4.000,00	(.....)
112	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.009-9	10	R\$ 4.500,00	(.....)
113	HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVECIONAL	04.07.04.013-7	8	R\$ 3.000,00	(.....)

114	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.010-2	10	R\$ 4.300,00	(.....)
115	HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVECIONAL	04.07.04.012-9	8	R\$ 3.400,00	(.....)
116	HERNIOPLASTIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.012-9	10	R\$ 4.300,00	(.....)
117	LAQUEADURA TUBÁRIA	04.09.06.018-6	12	R\$ 2.500,00	(.....)
118	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	04.07.02.035-7	8	R\$ 5.900,00	(.....)
119	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) ABERTO	04.07.01.027-0	8	R\$ 4.300,00	(.....)
120	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) POR VÍDEO	04.07.01.027-0	8	R\$ 5.900,00	(.....)
121	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	04.09.01.043-0	10	R\$ 3.000,00	(.....)
122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	10	R\$ 3.000,00	(.....)
123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA VAGINAL (USA PROTESE)	04.09.07.027-0	10	R\$ 8.500,00	(.....)
124	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL	04.07.02.047-0	10	R\$ 6.000,00	(.....)
125	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTRIESOFÁGICO +HERNIA DE HIATO (POR VIDEO)	04.07.01.029-7	10	R\$ 5.500,00	(.....)
126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	04.09.04.023-1	10	R\$ 3.400,00	(.....)
LOTE 07 – CIRURGIA ORTOPÉDICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
149	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	04.08.04.007-6	8	R\$ 11.450,00	(.....)
150	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	04.08.04.005-0	8	R\$ 8.450,00	(.....)
151	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	04.08.04.006-8	5	R\$ 11.750,00	(.....)
152	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA HÍBRIDA	04.08.04.009-2	5	R\$ 11.750,00	(.....)
153	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	04.08.05.007-1	5	R\$ 11.250,00	(.....)
154	DESBRIDAMENTO DE FASCEITO NECROTIZANTE	04.15.04.002.7	5	R\$ 6.600,00	(.....)
155	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	04.015.04.003-5	6	R\$ 4.750,00	(.....)
156	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	04.15.04.004-3	5	R\$ 3.200,00	(.....)
157	PROCEDIMENTO SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	04.15.02.006-9	6	R\$ 1.000,00	(.....)
158	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	04.08.05.014-4	10	R\$ 6.650,00	(.....)
159	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	04.08.05.015-2	10	R\$ 6.650,00	(.....)
160	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	04.08.05.016-0	6	R\$ 7.650,00	(.....)
161	RETIRADA DE FIO, HASTE, PINO INTRA-ÓSSEO	04.08.06.035-2	10	R\$ 3.500,00	(.....)
162	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	04.08.06.037-9	6	R\$ 3.250,00	(.....)
163	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	04.08.05.037-3	4	R\$ 4.500,00	(.....)
164	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	04.08.02.030-0	4	R\$ 6.000,00	(.....)
165	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR	04.08.01.018-5	4	R\$ 6.000,00	(.....)
166	COLUNA VERTEBRAL (INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIO OU ARTICULAR	03.03.09.003-0	5	R\$ 3.500,00	(.....)
167	EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	04.08.06.013-1	5	R\$ 5.750,00	(.....)

170	PUNÇÃO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADO POR (RX, US, TC)	02.01.01.064-0	5	R\$ 4.500,00	(.....)
171	PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRAÇÃO/AGULAHMENO SECO (ORIENTADO POR RX, US,TC,RM)	02.01.01.064-0	5	R\$ 1.900,00	(.....)
172	REPARO DO MANGUITO ROTADOR (INCLUINDO PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - PROCEDIMENTO VID. DE OMBRO	04.08.01.014-2	5	R\$ 6.750,00	(.....)
173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMEMO	04.08.02.033-4	5	R\$ 6.750,00	(.....)
174	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA PROXIMAL(COLO)DO FEMUR(SINTESE)	04.08.05.048-9	6	R\$ 7.750,00	(.....)
175	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	04.08.02.054-7	5	R\$ 6.500,00	(.....)
176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	04.08.05.089-6	5	R\$ 7.000,00	(.....)
177	VIDEOARTROSCOPIA	04.08.06.071-9	10	R\$ 7.000,00	(.....)
LOTE 09 - CIRURGIA UROLÓGICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
183	CISTOSCOPIA COM RETIRADA DE CATETER DUPLO J	02.09.02.001-6	6	R\$ 1.300,00	(.....)
184	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	02.09.02.001-6	6	R\$ 1.300,00	(.....)
185	ELETRO CAUTERIZAÇÃO PENIANA	02.01.01.038-0	4	R\$ 1.400,00	(.....)
186	ESTUDO URODINÂMICO	02.11.09.001-8	6	R\$ 850,00	(.....)
187	EXERESE DE CISTO URETRAL	04.09.07.014-9	4	R\$ 3.800,00	(.....)
188	FRENULOPLASTIA	04.09.05.006-7	6	R\$ 1.800,00	(.....)
189	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	04.09.01.017-0	6	R\$ 2.100,00	(.....)
190	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA	04.09.02.006-0	4	R\$ 1.500,00	(.....)
191	MEATOTOMIA SIMPLES	04.09.02.007-9	4	R\$ 1.000,00	(.....)
192	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA (NLA)	04.09.01.022-7	4	R\$ 7.000,00	(.....)
193	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNIA (NLPC)	04.09.01.023-5	8	R\$ 8.700,00	(.....)
194	PENISCOPIA	02.01.01.038-0	4	R\$ 575,00	(.....)
195	POSTECTOMIA	04.09.05.008-3	6	R\$ 2.000,00	(.....)
196	PROSTECTOMIA SUPRAPÚBLICA	04.09.03.002-3	6	R\$ 5.750,00	(.....)
197	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PRÓSTATA	04.09.03.004-0	20	R\$ 4.580,00	(.....)
198	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	04.09.01.039-1	6	R\$ 5.000,00	(.....)
199	URETEROLITOTOMIA FLEXIVEL	04.09.01.056-1	5	R\$ 4.750,00	(.....)
200	URETEROLITOTOMIA RIGÍDA	04.09.01.056-1	4	R\$ 4.500,00	(.....)
201	URETROTOMIA INTERNA	04.09.02.017-6	4	R\$ 3.350,00	(.....)
LOTE 20 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA RETINA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
352	REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	04.05.03.023-1	4	R\$ 2.500,00	(.....)
353	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OD	04.05.03.022-3	4	R\$ 3.500,00	(.....)
354	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OE	04.05.03.022-3	5	R\$ 3.500,00	(.....)

355	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OD	04.05.03.021-5	5	R\$ 3.000,00	(.....)
356	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OE	04.05.03.021-5	5	R\$ 3.000,00	(.....)
357	VITRECTOMIA ANTERIOR - OD	04.05.03.013-4	4	R\$ 6.000,00	(.....)
358	VITRECTOMIA ANTERIOR - OE	04.05.03.013-4	4	R\$ 6.000,00	(.....)
359	VITRECTOMIA POSTERIOR - OD	04.05.03.014-2	4	R\$ 6.500,00	(.....)
360	VITRECTOMIA POSTERIOR - OE	04.05.03.014-2	4	R\$ 6.500,00	(.....)
361	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OD	04.05.03.017-7	4	R\$ 6.800,00	(.....)
362	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OE	04.05.03.017-7	4	R\$ 6.800,00	(.....)

LOTE 28 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
541	ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	02.10.01.003-7	12	R\$ 630,00	(.....)
542	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	02.10.01.003-7	12	R\$ 520,00	(.....)
543	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL VENOSA	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
544	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
545	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
546	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	02.10.01.003-7	12	R\$ 690,00	(.....)
547	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	02.10.01.003-7	12	R\$ 400,00	(.....)
548	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	02.10.01.003-7	12	R\$ 410,00	(.....)
549	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.10.01.003-7	12	R\$ 400,00	(.....)
550	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	02.10.01.003-7	12	R\$ 410,00	(.....)
551	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA	04.17.01.006-0	95	R\$ 150,00	(.....)
552	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	02.06.03.001-0	120	R\$ 510,00	(.....)
553	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN INFERIOR/BACIA/PELVE	02.06.03.003-7	80	R\$ 319,00	(.....)
555	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	40	R\$ 240,00	(.....)
556	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - DIREITO	02.06.03.002-9	40	R\$ 240,00	(.....)
557	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - ESQUERDO	02.06.03.002-9	40	R\$ 240,00	(.....)
558	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO	02.06.02.001-5	10	R\$ 240,00	(.....)
559	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO	02.06.02.001-5	10	R\$ 240,00	(.....)
560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
561	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
562	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
563	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO -ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
564	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)

565	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
566	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
567	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
568	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
569	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
570	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.001-0	50	R\$ 240,00	(.....)
571	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.002-8	50	R\$ 240,00	(.....)
572	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.003-6	50	R\$ 240,00	(.....)
573	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9	200	R\$ 240,00	(.....)
574	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM JANELA ÓSSEA E RECONSTRUÇÃO 3D	02.06.01.007-9	40	R\$ 410,00	(.....)
575	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDÍBULA	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	(.....)
576	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	(.....)
577	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLÂNDULAS SALIVARES, GLÂNGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREÓIDE)	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	(.....)
578	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	60	R\$ 300,00	(.....)
579	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	(.....)
580	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	02.06.02.003-1	150	R\$ 347,00	(.....)
581	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	50	R\$ 50,00	(.....)
582	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
583	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
584	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
585	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
586	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
587	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
588	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
589	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
590	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)

591	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
592	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
593	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
594	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	02.06.01.006-0	50	R\$ 240,00	(.....)
595	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0	20	R\$ 400,00	(.....)
596	TOMOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS (UROTOMOGRAFIA)	02.06.03.003-7	20	R\$ 400,00	(.....)
597	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	02.06.01.009-5	12	R\$ 2.100,00	(.....)
LOTE 29 - ULTRASSONOGRAFIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
598	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO ULTRASSON	04.17.01.006-0	50	R\$ 170,00	(.....)
599	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	02.05.01.005-9	40	R\$ 180,00	(.....)
600	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA COM BIÓPSIA GUIADA DE US	02.01.01.054-2	50	R\$ 400,00	(.....)
601	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTÍCULOS	02.05.02.007-0	60	R\$ 80,00	(.....)
602	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS)	02.05.02.012-7	60	R\$ 93,00	(.....)
603	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS) COM DOPPLER	02.05.02.012-7	50	R\$ 98,50	(.....)
604	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	02.05.02.003-8	60	R\$ 80,00	(.....)
605	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.05.02.003-8	60	R\$ 75,00	(.....)
606	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AB. SUPERIOR + AB. INFERIOR)	02.05.02.004-6	240	R\$ 90,00	(.....)
607	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
608	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
609	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
610	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
611	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
612	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
613	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
614	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
615	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
616	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)

617	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - DIREITO	02.05.02.006-2	20	R\$ 80,00	(.....)
618	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	20	R\$ 80,00	(.....)
619	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
620	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
621	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
622	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
623	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
624	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
625	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	40	R\$ 80,00	(.....)
626	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.02.007-0	40	R\$ 120,00	(.....)
627	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MUSCÚLO/TENDÕES)	02.05.02.012-7	40	R\$ 120,00	(.....)
628	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	50	R\$ 120,00	(.....)
629	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (NÓDULOS, TUMORES, ABCESSOS, LINFONODOMEGALIAS)	02.05.02.012-7	50	R\$ 80,00	(.....)
630	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	60	R\$ 80,00	(.....)
631	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANS-RETAL)	02.05.02.011-9	40	R\$ 120,00	(.....)
632	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDÍACA)	02.05.02.013-5	40	R\$ 100,00	(.....)
633	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINÁRIAS)	02.05.02.005-4	100	R\$ 100,00	(.....)
634	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	02.05.01.004-0	40	R\$ 120,00	(.....)
635	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	02.05.01.004-0	40	R\$ 200,00	(.....)
636	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE APARELHO URINÁRIO (RIM TRANSPLANTADO)	02.05.01.004-0	30	R\$ 180,00	(.....)
637	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER FIGADO E VASOS HEPÁTICO	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	(.....)
638	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLERFLUXOMETRIA FETAL	02.05.01.005-9	30	R\$ 170,00	(.....)
639	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
640	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
642	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
643	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN DOS VASOS ABDOMINAIS	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	(.....)
644	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
645	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
646	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSD	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
647	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
648	ULTRASSONOGRRAFIA ENDORETAL COM BIOPSIA	02.01.01.054-2	20	R\$ 200,00	(.....)
649	ULTRASSONOGRRAFIA HISTEROSONOGRRAFIA 5º AO 11º DIA DO CICLO MENSTRUAL	02.05.02.018-6	20	R\$ 200,00	(.....)

650	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	02.05.01.005-9	50	R\$ 120,00	(.....)
651	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR 1ª, 2ª E 3ª TRIMESTRE (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	30	R\$ 200,00	(.....)
652	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM PBF (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	20	R\$ 200,00	(.....)
653	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MARCADORES CROMOSSÔMICOS	02.05.01.005-9	20	R\$ 170,00	(.....)
654	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL	02.05.01.005-9	20	R\$ 200,00	(.....)
655	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL COM DOPPLER	02.05.01.005-9	20	R\$ 320,00	(.....)
656	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL GEMELAR (DOIS FETOS)	02.05.01.005-9	20	R\$ 300,00	(.....)
658	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA ROTINA	02.05.02.014-3	400	R\$ 80,00	(.....)
659	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO BIOFÍSICO FETAL	02.05.01.005-9	30	R\$ 110,00	(.....)
660	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA DIREITA)	02.01.01.058-5	20	R\$ 200,00	(.....)
661	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA ESQUERDA)	02.01.01.058-5	20	R\$ 200,00	(.....)
662	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE TIREÓIDE GUIADA DE US	02.01.01.047-0	30	R\$ 200,00	(.....)
663	ULTRASSONOGRRAFIA PAREDE ABDOMINAL OU PAREDE TORÁCICA	02.05.02.004-6	40	R\$ 100,00	(.....)
664	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	120	R\$ 90,00	(.....)
665	ULTRASSONOGRRAFIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	02.01.01.060-7	10	R\$ 450,00	(.....)
666	ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO INGUINAL	02.05.01.004-0	40	R\$ 80,00	(.....)
667	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	40	R\$ 120,00	(.....)
668	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	02.05.01.005-9	40	R\$ 100,00	(.....)
669	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	02.05.02.018-6	200	R\$ 90,00	(.....)

Local/Data..... de de..... de 2022

.....
Assinatura do representante legal da empresa

Junto à presente retificação segue os novos **anexos I, II e IV** já modificados.

A RETIFICAÇÃO completa está disponível no site [https:// cisamsf.saude.com.br](https://cisamsf.saude.com.br)

Januária - MG, 08 de abril de 2022.

Eliane Rodrigues Nunes
Presidente da Comissão Permanente de Licitação
Portaria nº 001 de 1º de fevereiro de 2022

Antônio Luiz Alves de Freitas
Secretário Executivo do CISAMSF
Portaria nº 001/2021, de 06.01.2021
Procuração, de 06.01.2021

ANEXO I - PROJETO BÁSICO / ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**

1. DO OBJETO

1.1 - CREDENCIAMENTO nº 002/2022, objetivando credenciamento de pessoa jurídica com habilidade no atendimento de serviços na área de saúde, objetivando a realização de consultas médicas especializadas, realização de exames especializados de média e alta complexidade, bem como serviços de procedimentos cirúrgicos, objetivando realização do atendimento de pacientes encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados do CISAMSF, onde a futura contratação a ser celebrada com o Consórcio CISAMSF, dar-se-á através de procedimentos de Inexigibilidade de Licitação, com fulcro no caput do art. 25 da Lei Federal nº 8.666/93, conforme detalhado no Projeto Básico/Especificação Técnica, em atendimento à solicitação da Secretaria Executiva do CISAMSF”.

2 – METODOLOGIA DE DEFINIÇÃO DO OBJETO

2.1 - O Consórcio CISAMSF elaborou a relação de itens distribuída em lotes, detalhando as especialidades médicas a serem ofertadas, com a identificação dos respectivos custos unitários e, não obstante encaminhou a relação, para conhecimento e avaliação das respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, para identificação dos quantitativos de cada tipo de serviços de cada lote, para atender a demanda dos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente identificou o valor global da despesa com recursos médicos de média e alta complexidade, estimada para o período remanescente do exercício de 2022.

2.2 – Coube às Secretarias Municipais de Saúde, identificarem os respectivos quantitativos de cada item de cada lote, onde multiplicando pelo valor unitário identificado pelo Consórcio CISAMSF, chegando ao valor total estimado de cada item de cada lote e conseqüentemente identificando uma despesa global estimada para o período remanescente do exercício de 2022 conforme disponibilidades orçamentárias, respectivamente, que servirá de base para firmar o contrato com o Consórcio CISAMSF, por conta do atendimento de serviços médicos de média e alta complexidade.

2.3 - O Consórcio CISAMSF, em ato contínuo, elaborou planilha concentrando todos os quantitativos de cada item de cada lote, identificados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados e que servirá como parâmetro para o Consórcio CISAMSF na realização do CREDENCIAMENTO.

2.4 - Independentemente de os serviços serem prestados em conformidade com agendamento e requisição emitida pelas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados do CISAMSF, o futuro contrato administrativo será celebrado com o Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF onde as despesas decorrentes serão re-faturadas aos Municípios Consorciados do CISAMSF, em conformidade com o disposto na Cláusula Sétima inciso XIII do Protocolo de Intenções.

2 - DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1 - Os interessados no Credenciamento para a prestação de serviços de média e alta complexidade, conforme detalhado nos respectivos itens dos lotes do ANEXO I - PROJETO BÁSICO/ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA, deverá formular sua opção (**marcando com um “X”**) conforme detalhado no ANEXO IV - PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MEDICO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM QUE INTERESSA EM CONTRATAR COM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO – CISAMSF.

2.2 - O futuro Contrato Administrativo será celebrado entre o Consórcio CISAMSF e a pessoa jurídica, em face do desfecho dos procedimentos de Credenciamento, de acordo com o especificado no ANEXO

I – PROJETO BÁSICO/ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA e, em observância ao detalhado no ANEXO II - MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO e, em observância nos ditames da Lei Federal nº 8.666/93, instrumentos estes que são parte integrante deste “EDITAL”, para todos os efeitos legais e de direito, independentemente da não transcrição

2.3 - O critério de divisão de quantitativos descritos nos lotes detalhados no ANEXO I – PROJETO BÁSICO/ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA, serão distribuídos em observância ao interesse público, pautado na economicidade no custeio das despesas com transporte de pacientes a serem suportadas pelos Municípios Consorciados do CISAMSF, bem como pautado em amenizar o desconforto dos pacientes que requer Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e, será observado o seguinte:

2.4 - Na futura contratação a ser pactuada entre o Consórcio CISAMSF e a pessoa jurídica devidamente credenciada, será levada em consideração para efeito de rateio das quantidades de serviços, conforme o avençado no ITEM 6 (SEIS), DA REGÊNCIA E DO CRITÉRIO DE CELEBRAÇÃO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO, DO CRITÉRIO DA DIVISÃO DE QUANTITATIVOS DE SERVIÇOS, DA DESISTENCIA DA CONTINUIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DO ANEXO I – PROJETO BÁSICO/ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA que é parte integrante deste EDITAL para todos os efeitos legais e de direito.

2.5 - A pessoa jurídica devidamente credenciada para gozar do direito de ver a sua contratação para prestar qualquer serviço detalhado nos respectivos ITENS DOS LOTES 3 (TRÊS) – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS MÉDICOS A SEREM CREDENCIADOS DESCRITOS NO ANEXO I – PROJETO BÁSICO/ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, fica ciente de que deverá prestá-los em suas próprias estruturas, onde não será admitida uso de estruturas de terceiros, exceto para o caso de realização de cirurgias que requer estruturas e recursos compatíveis com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, desde que tenha anuência do Consórcio CISAMSF.

2.6 - Faculta-se à pessoa jurídica futura contratada, no direito de desistirem na continuidade na prestação dos serviços somente após 180 (cento e oitenta) dias contados da data da assinatura do contrato administrativo, desde que encaminhe ao Consórcio CISAMSF, correspondência relatando o motivo da desistência, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2.7 - Na ocorrência de credenciamento para a futura contratação da prestação de serviços de realização de consultas especializadas, bem como serviços de realização de exames especializados de média e alta complexidade, os serviços deverão serem prestados nas estruturas próprias da CONTRATADA, sempre observando o disposto no subitem 5.1.17 do Edital que é parte integrante deste Projeto, vedado sempre o uso de estruturas de terceiros.

2.8 - A pessoa jurídica que manifestar interesse no credenciamento de **prestação de Serviços de Cirurgias e que não possua estrutura própria ou adequada para a realização desses PROCEDIMENTOS**, poderá utilizar-se de estruturas de terceiros, desde que a mesma atenda rigorosamente a exigência no disposto no subitem 5.1.17 do Edital que é parte integrante deste Projeto.

2.9 - Os valores constantes no sub item 3.1 deste termo, concomitante ao Anexo IV correspondem ao valor dos serviços contratados, já incluídos todos os recolhimentos tributários, previdenciários, fiscais, trabalhistas e quaisquer outros porventura incidentes.

2.10 - No valor do procedimento estão inclusas todas as despesas geradas, tais como: despesas médicas, cirurgiaão, internações (seja ela qualquer espécie), anestésias, medicamentos, entre outras.

3 – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS MÉDICOS A SEREM CREDENCIADOS

3.1 Tabela Consultas – Exames – Procedimentos Cirúrgicos

TABELA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
LOTE 01 - CONSULTA ESPECIALIZADA

ITEM	UND	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT	VALOR Á CONTRATAR	VALOR TOTAL
1	1	CONSULTA em ALERGISTA	03.01.01.007-2	231	R\$ 95,00	R\$ 21.945,00
2	1	CONSULTA em ANESTESISTA	03.01.01.007-2	500	R\$ 95,00	R\$ 47.500,00
3	1	CONSULTA em ANGIOLOGIA	03.01.01.007-2	27	R\$ 90,00	R\$ 2.430,00
4	1	CONSULTA em CARDIOLOGIA ADULTO	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	R\$ 68.000,00
5	1	CONSULTA em CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	192	R\$ 85,00	R\$ 16.320,00
6	1	CONSULTA em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	03.01.01.007-2	67	R\$ 100,00	R\$ 6.700,00
7	1	CONSULTA em CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	03.01.01.007-2	59	R\$ 100,00	R\$ 5.900,00
8	1	CONSULTA em CIRURGIA GERAL	03.01.01.007-3	235	R\$ 90,00	R\$ 21.150,00
9	1	CONSULTA em CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	03.01.01.007-2	135	R\$ 100,00	R\$ 13.500,00
10	1	CONSULTA em CIRURGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	170	R\$ 90,00	R\$ 15.300,00
11	1	CONSULTA em CIRURGIA PLÁSTICA	03.01.01.007-2	58	R\$ 90,00	R\$ 5.220,00
12	1	CONSULTA em CIRURGIA TORÁCICA	03.01.01.007-2	63	R\$ 90,00	R\$ 5.670,00
13	1	CONSULTA em CIRURGIA VASCULAR	03.01.01.007-2	68	R\$ 90,00	R\$ 6.120,00
14	1	CONSULTA em COLOPROCTOLOGISTA	03.01.01.007-2	102	R\$ 100,00	R\$ 10.200,00
15	1	CONSULTA em DERMATOLOGIA	03.01.01.007-2	393	R\$ 85,00	R\$ 33.405,00
16	1	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	03.01.01.007-2	445	R\$ 85,00	R\$ 37.825,00
17	1	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	224	R\$ 100,00	R\$ 22.400,00
18	1	CONSULTA em FISIATRIA	03.01.01.007-2	59	R\$ 90,00	R\$ 5.310,00
19	1	CONSULTA em FONOAUDIOLOGIA AVALIAÇÃO	03.01..01.004-8	224	R\$ 50,00	R\$ 11.200,00
20	1	CONSULTA em GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 80,00	R\$ 64.000,00
21	1	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA	03.01.01.007-2	396	R\$ 80,00	R\$ 31.680,00
22	1	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	147	R\$ 90,00	R\$ 13.230,00
23	1	CONSULTA em GERIATRIA	03.01.01.007-2	95	R\$ 80,00	R\$ 7.600,00
24	1	CONSULTA em HEMATOLOGIA	03.01.01.007-2	215	R\$ 100,00	R\$ 21.500,00
25	1	CONSULTA em HEPATOLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
26	1	CONSULTA em INFECTOLOGIA	03.01.01.007-2	168	R\$ 100,00	R\$ 16.800,00
27	1	CONSULTA em MASTOLOGIA	03.01.01.007-2	243	R\$ 100,00	R\$ 24.300,00
28	1	CONSULTA em NEFROLOGIA	03.01.01.007-2	293	R\$ 100,00	R\$ 29.300,00
29	1	CONSULTA em NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	108	R\$ 100,00	R\$ 10.800,00
30	1	CONSULTA em NEUROLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 85,00	R\$ 34.000,00
31	1	CONSULTA em NEUROCIRURGIÃO	03.01.01.007-2	146	R\$ 85,00	R\$ 12.410,00
32	1	CONSULTA em NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	455	R\$ 85,00	R\$ 38.675,00
33	1	CONSULTA em NUTRIÇÃO	03.01.01.004-8	73	R\$ 50,00	R\$ 3.650,00
34	1	CONSULTA em OFTALMOLOGIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	R\$ 68.000,00
35	1	CONSULTA em ORTOPEDIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	R\$ 68.000,00
36	1	CONSULTA em ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	300	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
37	1	CONSULTA em OTORRINOLARINGOLOGIA	03.01.01.007-3	800	R\$ 85,00	R\$ 68.000,00
38	1	CONSULTA em PEDIATRIA	03.01.01.007-2	600	R\$ 85,00	R\$ 51.000,00
39	1	CONSULTA em PNEUMOLOGIA	03.01.01.007-2	276	R\$ 100,00	R\$ 27.600,00

LOTE 17 - OFTALMOLOGIA (EXAME)						
ITEM	UND	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT	VALOR Á CONTRATAR	VALOR TOTAL
264	1	ANESTESIA GERAL PARA EXAMES OFTALMOLÓGICOS (CRIANÇA E ADULTO)	04.17.01.004-4	100	R\$ 1.000,00	R\$ 100.000,00
265	1	BIOMETRIA DE COERENCIA OPTICA (IOL MASTER) - OD	02.11.06.028-3	120	R\$ 100,00	R\$ 12.000,00
266	1	BIOMETRIA DE COERENCIA OPTICA (IOL MASTER) - OE	02.11.06.028-3	120	R\$ 100,00	R\$ 12.000,00
267	1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (ECO A) – OD	02.11.06.001-1	240	R\$ 130,00	R\$ 31.200,00
268	1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (ECO A) – OE	02.11.06.001-1	240	R\$ 130,00	R\$ 31.200,00
269	1	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OD	02.11.06.002-0	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
270	1	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OE	02.11.06.002-0	200	R\$ 90,00	R\$ 18.000,00
271	1	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - OE	02.11.06.003-8	240	R\$ 86,00	R\$ 20.640,00
272	1	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA- OD	02.11.06.003-8	240	R\$ 86,00	R\$ 20.640,00
273	1	CERATOMETRIA - OD	02.11.06.005-4	100	R\$ 92,00	R\$ 9.200,00
274	1	CERATOMETRIA - OE	02.11.06.005-4	100	R\$ 92,00	R\$ 9.200,00
275	1	CHECK UP NEURO OFTALMO- AO	02.11.06.023-2	80	R\$ 300,00	R\$ 24.000,00
276	1	CHECK-UP DE ESTRABISMO COM SINOPTOFORO / TESTE ORTÓPTICO- AO	02.11.06.023-2	80	R\$ 200,00	R\$ 16.000,00
277	1	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) - OD	02.11.06.006-2	80	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
278	1	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) - OE	02.11.06.006-2	80	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
279	1	FUNDOSCOPIA - OD	02.11.06.010-0	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
280	1	FUNDOSCOPIA - OE	02.11.06.010-0	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
281	1	GONIOSCOPIA - AO	02.11.06.011-9	160	R\$ 95,00	R\$ 15.200,00
282	1	MAPEAMENTO DA RETINA - OE	02.11.06.012-7	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
283	1	MAPEAMENTO DA RETINA - OD	02.11.06.012-7	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
284	1	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MEC) - OD	02.11.06.014-3	160	R\$ 85,00	R\$ 13.600,00
285	1	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MEC) - OE	02.11.06.014-3	160	R\$ 85,00	R\$ 13.600,00
286	1	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - OD	02.05.02.002-0	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
287	1	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - OE	02.05.02.002-0	180	R\$ 50,00	R\$ 9.000,00
288	1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) - OE	02.11.06.015-1	140	R\$ 30,00	R\$ 4.200,00
289	1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) - OD	02.11.06.015-1	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
290	1	RETINOGRAFIA COLORIDA - OD	02.11.06.017-8	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
291	1	RETINOGRAFIA COLORIDA - OE	02.11.06.017-8	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
292	1	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE - AO	02.11.06.018-6	100	R\$ 150,00	R\$ 15.000,00
293	1	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE - OE	02.11.06.018-6	120	R\$ 125,00	R\$ 15.000,00
294	1	SEDAÇÃO PARA EXAMES OFTALMOLÓGICOS (ADULTO)	04.17.01.004-4	80	R\$ 365,00	R\$ 29.200,00
295	1	TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO - AO	02.11.06.024-0	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
296	1	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) - OD	02.11.06.028-3	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
297	1	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) - OE	02.11.06.028-3	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
298	1	TOMOGRAFIA SEGMENTO ANTERIOR POR PENTACAM - OD	02.11.06.026-7	120	R\$ 100,00	R\$ 12.000,00
299	1	TOMOGRAFIA SEGMENTO ANTERIOR POR PENTACAM - OE	02.11.06.026-7	120	R\$ 100,00	R\$ 12.000,00
300	1	TONOMETRIA - AO	02.11.06.025-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00

412	1	INCIDÊNCIA ADICIONAL (MEMBRO SUPERIOR)	02.04.04.006-0	20	R\$ 22,00	R\$ 440,00
413	1	INCIDÊNCIA ADICIONAL (TÓRAX, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES)	02.04.01.008-0	20	R\$ 37,00	R\$ 740,00
414	1	MAMOGRAFIA BILATERAL	02.04.03.003-0	200	R\$ 90,00	R\$ 18.000,00
415	1	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	02.04.06.004-4	10	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
416	1	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	02.04.06.005-2	10	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
417	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.006-9	160	R\$ 54,00	R\$ 8.640,00
418	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.008-5	80	R\$ 87,00	R\$ 6.960,00
419	1	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.013-7	200	R\$ 45,00	R\$ 9.000,00
420	1	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	02.04.01.003-9	80	R\$ 96,00	R\$ 7.680,00
421	1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 44,00	R\$ 4.400,00
422	1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 44,00	R\$ 4.400,00
423	1	RADIOGRAFIA DE MÃO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.009-4	100	R\$ 44,00	R\$ 4.400,00
424	1	RADIOGRAFIA DE MÃO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.009-4	100	R\$ 44,00	R\$ 4.400,00
425	1	RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO (MINIMO 3 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.012-0	100	R\$ 45,00	R\$ 4.500,00
426	1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEM SIMPLES (AP) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.013-8	100	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
427	1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.011-1	80	R\$ 86,00	R\$ 6.880,00
428	1	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	02.04.01.004-7	80	R\$ 89,00	R\$ 7.120,00
429	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.002-7	80	R\$ 80,00	R\$ 6.400,00
430	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.002-7	80	R\$ 80,00	R\$ 6.400,00
431	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL QUADRIL - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
432	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL QUADRIL - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
433	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.003-5	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
434	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.003-5	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
435	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.004-3	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
436	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.004-3	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
437	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.005-5	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
438	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA - TORNOZELO ESQUERDO - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.008-7	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
439	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA-TORNOZELO DIREITO - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.008-7	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
440	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACRO-ILÍACA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.007-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00

441	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACRO-ILÍACA-ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.007-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
442	1	RADIOGRAFIA DE BACIA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.009-5	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
443	1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
444	1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
445	1	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.010-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
446	1	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.010-9	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
447	1	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.006-3	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
448	1	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.006-0	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
449	1	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.006-0	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
450	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.003-4	160	R\$ 50,00	R\$ 8.000,00
451	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.005-0	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
452	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.009-3	50	R\$ 55,00	R\$ 2.750,00
453	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCO-LOMBAR DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.011-5	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
454	1	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.007-2	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
455	1	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
456	1	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
457	1	RADIOGRAFIA DE COXA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.011-7	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
458	1	RADIOGRAFIA DE COXA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.011-7	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
459	1	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.008-0	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
460	1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.008-6	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
461	1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.008-6	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
462	1	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.011-6	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
463	1	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.011-6	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
464	1	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.009-9	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
465	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.012-5	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
466	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.012-5	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
467	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.013-3	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
468	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.013-3	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
469	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - DIREITO	02.04.06.014-1	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
470	1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - ESQUERDO	02.04.06.014-1	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00

500	1	ANGIORESSONÂNCIA DE PESCOÇO	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00
501	1	ANGIORESSONÂNCIA DE TÓRAX	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	R\$ 4.800,00
502	1	RESONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN TOTAL	02.07.03.001-4	40	R\$ 900,00	R\$ 36.000,00
503	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
504	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
505	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
506	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
507	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
508	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
509	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO -DIREITO	02.07.02.002-7	12	R\$ 515,00	R\$ 6.180,00
510	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR- ATM (BILATERAL)	02.07.01.002-1	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
511	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE /ABDOME INFERIOR	02.07.03.002-2	20	R\$ 515,00	R\$ 10.300,00
512	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
513	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
514	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA COM CINE	02.07.02.001-9	10	R\$ 1.000,00	R\$ 10.000,00
515	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
516	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
517	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
518	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	02.07.01.006-4	100	R\$ 515,00	R\$ 51.500,00
519	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
520	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
521	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS BILATERAL	02.07.02.003-5	10	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
522	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
523	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
524	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
525	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
526	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
527	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
528	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÊNIS	02.07.03.002-2	8	R\$ 515,00	R\$ 4.120,00
529	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
530	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
531	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
532	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL-DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	R\$ 8.240,00
533	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO - DIREITO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	R\$ 4.120,00
534	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO - ESQUERDO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	R\$ 4.120,00
535	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	24	R\$ 515,00	R\$ 12.360,00
536	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	24	R\$ 550,00	R\$ 13.200,00
537	1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO - DIREITO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	R\$ 4.120,00

567	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
568	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
569	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
570	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.001-0	50	R\$ 240,00	R\$ 12.000,00
571	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.002-8	50	R\$ 240,00	R\$ 12.000,00
572	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.003-6	50	R\$ 240,00	R\$ 12.000,00
573	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9	200	R\$ 240,00	R\$ 48.000,00
574	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM JANELA ÓSSEA E RECONSTRUÇÃO 3D	02.06.01.007-9	40	R\$ 410,00	R\$ 16.400,00
575	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDÍBULA	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
576	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
577	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLÂNDULAS SALIVARES, GLÂNGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREOÍDE)	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	R\$ 7.500,00
578	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	60	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
579	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	R\$ 7.500,00
580	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	02.06.02.003-1	150	R\$ 347,00	R\$ 52.050,00
581	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	50	R\$ 50,00	R\$ 2.500,00
582	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
583	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
584	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
585	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
586	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
587	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
588	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
589	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
590	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
591	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00
592	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	R\$ 7.200,00

618	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
619	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
620	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
621	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	R\$ 2.000,00
622	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	R\$ 2.000,00
623	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	R\$ 2.000,00
624	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	R\$ 2.000,00
625	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	40	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
626	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.02.007-0	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
627	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MUSCÚLO/TENDÕES)	02.05.02.012-7	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
628	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	50	R\$ 120,00	R\$ 6.000,00
629	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (NÓDULOS, TUMORES, ABCESSOS, LINFONODOMEGALIAS)	02.05.02.012-7	50	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
630	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	60	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
631	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANS-RETAL)	02.05.02.011-9	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
632	1	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDÍACA)	02.05.02.013-5	40	R\$ 100,00	R\$ 4.000,00
633	1	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINÁRIAS)	02.05.02.005-4	100	R\$ 100,00	R\$ 10.000,00
634	1	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	02.05.01.004-0	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
635	1	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	02.05.01.004-0	40	R\$ 200,00	R\$ 8.000,00
636	1	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE APARELHO URINÁRIO (RIM TRANSPLANTADO)	02.05.01.004-0	30	R\$ 180,00	R\$ 5.400,00
637	1	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER FIGADO E VASOS HEPÁTICO	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00
638	1	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLERFLUXOMETRIA FETAL	02.05.01.005-9	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
639	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
640	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
641	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSD	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	R\$ 8.500,00
642	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
643	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN DOS VASOS ABDOMINAIS	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00
644	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
645	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
646	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSD	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
647	1	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
648	1	ULTRASSONOGRRAFIA ENDORETAL COM BIOPSIA	02.01.01.054-2	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
649	1	ULTRASSONOGRRAFIA HISTEROSONOGRRAFIA 5º AO 11º DIA DO CICLO MENSTRUAL	02.05.02.018-6	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
650	1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	02.05.01.005-9	50	R\$ 120,00	R\$ 6.000,00

Consortio CISAMSF, tendo como critério de rateio, em observância ao detalhado no ITEM 6 (SEIS) deste instrumento.

6. DA REGENCIA E DO CRITERIO DE CELEBRAÇÃO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO, DO CRITÉRIO DA DIVISÃO DE QUANTITATIVOS DE SERVIÇOS, DA DESISTENCIA DA CONTINUIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.

6.1 A regência legal do futuro contrato administrativo, dar-se-á conformidade com o disposto na Seção IV – Dos Contratos - Capítulo III, da Lei Federal nº 8.666/93, e obediência aos preceitos contidos no item 6 – Da Execução dos Contratos e no que couber nos preceitos da Instrução Normativa MARE nº 18, de 22 de dezembro de 1997.

6.2 O futuro contrato administrativo será celebrado entre o Consorcio CISAMSF e a pessoa jurídica devidamente credenciada para prestar os serviços, em face do desfecho do CREDENCIAMENTO Nº 002/2022, obedecida as regras do Edital de CREDENCIAMENTO e, de acordo com as avenças descritas na minuta do contrato administrativo, e de acordo ainda com os ditames da Lei Federal nº 8.666/93, instrumentos estes que são parte integrante deste Projeto Básico para todos os efeitos legais e de direito.

6.3 Faculta-se à futura contratada, o direito de desistirem na continuidade na prestação dos serviços somente após 180 (cento e oitenta) dias contados da data da assinatura do contrato administrativo, desde que encaminhe ao Consorcio CISAMSF, correspondência relatando o motivo da desistência, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, onde na ocorrência de desistência por parte da pessoa jurídica contratada, não a exime de incorrer em penalidades legais que será objeto de avaliação do Consorcio CISAMSF, com o auxílio dos Municípios Consorciados.

7. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 A dotação orçamentária para atendimento às despesas decorrentes da contratação dos serviços serão suportadas pelas seguintes rubricas orçamentárias: **02.01.10.302.0002.2003 – Manutenção dos Serviços de Saúde do CISAMSF // 3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.**

8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Objetivando atender o disposto na Resolução SES/MG nº 5.819, de 19 de julho de 2017, que estabelece a metodologia de alimentação da produção assistencial no Sistema Ambulatorial – SIA/SUS, pelos Consórcios de Saúde do Estado de Minas Gerais, a pessoa jurídica interessada no credenciamento, deverá apresentar cópia da Listagem de Profissionais atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), <http://cnes.datasus.gov.br> (detalhes – ficha de estabelecimento - módulos – profissionais) onde consta do seu (CNES) o nome do profissional médico, o número do Cartão Nacional do SUS e o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) correspondente a especialidade pretendida para o credenciamento.

8.2. Considerando que no credenciamento, a seleção visa a identificar uma pluralidade de pessoas interessadas no objeto a ser contratado e a Administração deverá contratar todos aqueles interessados que satisfaçam os requisitos previamente estabelecidos no instrumento convocatório, não podendo, desta feita, a Administração fazer escolhas ou priorizar uma empresa credenciada em virtude da situação geográfica ou qualquer outra situação que acarretaria a escolha de uma dentre todas as alternativas¹.

8.3. Considerando o item anterior e conforme entendimentos exarados pelos órgãos de controle, dentre eles o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais- TCEMG, o usuário deverá ter liberdade de escolher o profissional a que deseja recorrer, dentre aqueles selecionados.

8.4 Independentemente da contratação dos serviços ser celebrada com o Consórcio CISAMSF e, uma vez que o agendamento de consultas médicas e exames especializados de média e alta complexidade, bem como serviços de procedimentos cirúrgicos, ser controle exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde de cada Município, isenta-se o CISAMSF de qualquer corresponsabilidade.

8.5 Em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 1958 de 15 de dezembro de 2010 e, pautando pela ética profissional na conclusão dos serviços médicos, na ocorrência de solicitação de exames complementares para a conclusão da avaliação médica, pelo Contratado, o mesmo deverá programar o atendimento do retorno do paciente, em prazo a ser definido pelo próprio médico, onde nesse caso, caberá à Secretaria Municipal do Município agilizar os procedimentos dos exames requisitados e, quando do retorno do paciente, a futura CONTRATADA não poderá emitir cobrança para procedimentos de reavaliação médica.

9. DA VIGÊNCIA DO FUTURO CONTRATO ADMINISTRATIVO

9.1 A vigência do futuro contrato administrativo será durante o período remanescente do exercício de 2022 e encerrar-se-á no dia 31.12.2022.

9.2 Uma vez tratar-se de serviços que tem a presunção de continuidade e, em observância ao interesse público, a vigência do futuro Contrato Administrativo celebrado com o Consórcio CISAMSF, poderá ter sua vigência prorrogada em observância aos ditames do inciso II do art. 57, da Lei Federal nº. 8.666/93.

9.3 A execução do futuro Contrato Administrativo dar-se-á de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, capítulo III – seção IV dos contratos e do disposto no item VI da Instrução Normativa IN MARE nº 18 de 22 de dezembro de 1997.

10. DO PAGAMENTO

10.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, até o 30º (trigésimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED), preferencialmente através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal deve ser devidamente empenhada e acompanhada das respectivas requisições emitidas por servidores devidamente credenciados pelas secretarias municipais de saúde dos respectivos Municípios consorciados do CISAMSF, bem como acompanhada ainda de relatório com identificação do paciente e a descrição do serviço médico e ou procedimentos de exames realizados, devidamente assinados pelo paciente ou responsável, conforme o caso, e pelo profissional médico.

10.2 As notas Fiscais deverão ser acompanhadas de todos os documentos relativos a Regularidade Fiscal e Trabalhista.

10.3 Caso a futura CONTRATADA, opte pela realização de pagamento por TED, DOC ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

10.4 Na ocorrência de eventuais atrasos de pagamento não justificados, provocados exclusivamente pelo Consórcio CISAMSF, o valor devido poderá ser acrescido de atualização financeira, desde a data da nota fiscal até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$$I = (TX/100)$$

EM = I x N x VP, onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

10.5 Na ocorrência de atrasos de pagamentos forem provocados exclusivamente por parte do Município Consorciado, a eventual despesa decorrente do atraso de pagamento será transferida para o Município inadimplente financeiramente com o Consórcio CISAMSF.

10.6 A Administração não se responsabilizará pelo pagamento de serviços prestados de forma adversa ao estabelecido neste instrumento.

11. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

11.1 Do Consórcio CISAMSF

11.1.1 O Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF, foi devidamente constituído em conformidade com o disposto na Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e, tem como consorciados os Municípios de (Januária, Bonito de Minas, Cônego Marinho, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Miravânia, Montalvânia e São João das Missões), o qual tem seus objetivos regulados através do Protocolo de Intenções devidamente homologados pelos entes consorciados, para atuar na área de saúde, em conformidade com as diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde-SUS.

11.1.2 Considerando o disposto na cláusula sétima, inciso XIII do Protocolo de intenções, que habilita o Consorcio CISAMSF, a prestar, diretamente ou por seu intermédio, serviços à administração direta ou indireta dos entes consorciados, razão pela a qual o mesmo será o órgão responsável pela elaboração do CREDENCIAMENTO pautado na contratação de serviços profissionais de saúde de média e alta complexidade e, não obstante celebrará o contrato administrativo com as pessoas jurídicas devidamente credenciadas, onde as despesas contraídas por conta da prestação dos serviços médicos, serão re-faturadas para os Municípios, através emissão de nota fiscal de prestação de serviços.

11.1.3 O Consórcio CISAMSF, disponibilizará programa de informática de gestão em saúde, a todos os Municípios Consorciados, para controle de agendamento e emissão das respectivas guias de encaminhamentos de pacientes, onde caberá ao Consórcio do CISAMSF, monitorar o atendimento e gerenciar os procedimentos de controle em conformidade com as normas do SUS.

11.1.4 Cobrar da CONTRATADA o envio de relatório detalhando as despesas contraídas por cada Município Consorciados, e redirecionar o relatório às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que esta realize a verificação do efetivo atendimento dos serviços e conseqüentemente aprove as despesas decorrentes.

11.1.5 De posse da aprovação das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, autorização e que será objeto de emissão de nota fiscal de prestação de serviços pelo Consorcio CISAMSF, com envio da respectiva nota fiscal em tempo célere (prazo máximo de 48 horas), contados da data da aprovação das despesas.

11.1.6 Mediante recebimento das notas fiscais emitidas pela CONTRATADA com a identificação do débito contraído pelas Secretarias de cada Município, o Consorcio CISAMSF, providenciará a emissão da Nota fiscal de Prestação de Serviços, re-faturando a despesa para o Município Consorciado, mediante envio da nota fiscal para que este tome as devidas providencias pautando para que o pagamento ao Consórcio seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, conforme avençado no contrato administrativo que originou na contratação dos serviços do Consórcio CISAMSF, conforme dispõe o Protocolo de Intenções.

11.1.7 Será de responsabilidade do Consorcio CISAMSF, realizar o pagamento à CONTRATADA por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da CONTRATADA.

11.1.8 O Consórcio CISAMSF, constituirá servidor para acompanhar a execução e fiscalização da execução do contrato administrativo, em conformidade com o prescrito no art. 67 da Lei Federal nº 8.666/93.

11.1.9 Aplicar à CONTRATADA penalidades decorrentes de descumprimento obrigacional que venham expor ao Consorcio CISAMSF, aos Municípios Consorciados e aos pacientes em prejuízo, garantida a

defesa previa em conformidade com o detalhado na minuta do contrato administrativo e em observância aos ditames da Lei Federal nº 8.666/93.

11.1.10. Observar o disposto na Resolução SES nº 7.409 de 16 de fevereiro de 2021, quando receber pacientes e for encaminhá-los para realização de cirurgia urgentes, sobretudo se tratando de pacientes cardíacos ou oncológicos nos termos do artigo 2º da referida resolução.

12.2 Dos Municípios Consorciados

12.2.1 Independentemente do contrato ser celebrado entre o Consorcio CISAMSF e a CONTRATADA, por conta da prestação de serviços médicos, os Municípios Consorciados, as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, assumirão as obrigações de acompanhar e fiscalizar a qualidade no atendimento dos serviços prestados pela contratada aos seus pacientes, repassando ao Consorcio CISAMSF, formalmente, através de relatório detalhando fatos que vem expor o Município e ou a seus pacientes em eventuais prejuízos, para que o Consorcio CISAMSF possa inteirar do assunto e tomar as devidas providencias na forma da Lei.

12.2.2 Considerando que o sistema de controle de atendimento de serviços médicos disponibilizado pelo Consorcio CISAMSF, é integrado, é de responsabilidade das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, agendar o atendimento médico via sistema, junto a pessoa jurídica CONTRATADA pelo Consorcio CISAMSF, para atendimento em saúde de seus pacientes, assim como é de responsabilidade ainda das respectivas secretarias, dar início na inserção dos dados do paciente e dos serviços contratados nos arquivos do sistema de agendamento, para conhecimento e monitoramento dos serviços pelo Consórcio CISAMSF.

12.2.3 Caberá às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, proceder a fiscalização do acompanhamento do atendimento dos seus pacientes, onde na ocorrência de declínio na qualidade de atendimento a mesma deverá reportar ao Consorcio CISAMSF, através relatório formal, as ocorrências para providencias decorrentes.

12.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consorcio CISAMSF, realizar a conferência e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consorcio CISAMSF a tomar as devidas providencias de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas, o Consorcio CISAMSF emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providencias decorrentes pautadas para que o pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA até o 30º (trigésimo) dia do mesmo mês.

12.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela CONTRATADA contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consorcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a CONTRATADA até o 30º (trigésimo) dia do mesmo mês.

12.2.6. Observar o disposto na Resolução SES nº 7.409 de 16 de fevereiro de 2021, quando receber pacientes e for encaminhá-los ao CISAMSF e a futura Contratada, sobretudo se tratando de pacientes cardíacos ou oncológicos nos termos do artigo 2º da referida resolução.

12.3 Da futura Contratada

12.3.1 Uma vez assinado o contrato administrativo com o Consórcio CISAMSF, a CONTRATADA assume a obrigação de dar início imediato no atendimento de pacientes encaminhados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados do CISAMSF, mediante o agendamento e, mediante recebimento da respectiva guia de encaminhamento médico, devendo os serviços serem

prestados diretamente nas estruturas da CONTRATADA, vedado o uso de estruturas de terceiros para prestar serviços, sem anuência expressa do Consorcio CISAMSF, ou *in loco* em local a ser definido pelo respectivo município consorciado.

12.3.2 Caberá à futura CONTRATADA prestar os serviços requisitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados com o CISAMSF e, uma vez concluído o atendimento do paciente, assume a obrigação de encaminhar para as secretarias cópia dos laudos avaliatórios, para conhecimento do médico do Município que requisitou o atendimento do paciente e no final do mês encaminhará relatório ao Consorcio CISAMSF, para providencias decorrentes, pautadas no re-faturamento das despesas decorrentes da prestação dos serviços, às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados.

12.3.3 Avocar para si total responsabilidade sobre os procedimentos de atendimentos dos médicos, isentando os Municípios Consorciados bem como, isentando o Consorcio CISAMSF de qualquer co-responsabilidade decorrente de fato superveniente que venha colocar em risco ou agravar a saúde do paciente em decorrência de (erro médico, negligência, imperícia ou outro fato).

12.3.4 Caberá à CONTRATADA no que couber acessar o sistema de controle informatizado em conformidade com as normas do SUS, disponibilizado pelo Consorcio CISAMSF e, os dados informativos pautando na manutenção do controle de atendimento de paciente encaminhado por cada Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados no CISAMSF.

12.3.5 No final de cada mês que originou a prestação dos serviços, emitir relatório individual de cada Município Consorciado, com os dados do paciente, dos serviços prestados e os valores das despesas decorrentes da prestação dos serviços médicos de média e alta complexidade e, encaminhará ao Consorciado do CISAMSF, relatório acompanhado de cópia das respectivas requisições/encaminhamento médico, para providencias decorrentes, pautadas na aprovação das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, ficando no aguardo da aprovação das despesas para posterior emissão das respectivas notas fiscais a serem emitidas em conformidade com cada relatório.

12.3.6. Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 deste projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

12.3.7 Uma vez aprovado o relatório das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, e de posse da autorização de emissão da respectiva nota fiscal, autorização esta emitida pelo Consórcio CISAMSF, a CONTRATADA deverá emitir a nota fiscal em conformidade com cada relatório de prestação de serviços médicos, contra o Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF, anexando à mesma, cópia das certidões de regularidades para com o fisco FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS e TRABALHISTA, com data de emissão a mesma ou posterior a da emissão da nota fiscal, sob pena do não recebimento do valor devido, enquanto não cumprida a obrigação.

12.3.8 Avocar para si todas as responsabilidades decorrentes da confiabilidade e segurança na realização dos serviços perquirindo a ética profissional, bem como assumir todas as despesas/custas oriundas com mão de obra de profissionais que venham a prestar os serviços, acrescida dos respectivos encargos sociais e trabalhista, taxas, impostos e outras despesas decorrentes, isentando o Consorcio CISAMSF de qualquer co-responsabilidade e ou despesa adicional.

12.3.9 A futura CONTRATADA avoca para si a obrigação de prestar os serviços em observância à Ética profissional instituída pelo Conselho Regional de Medicina, em observância às normas da ANVISA e do SUS, notadamente a Resolução SES nº7.409 de 16/02/2021, em observância às avenças contratuais onde no que couber ao descrito no edital de CREDENCIAMENTO, em observância aos ditames da Lei Federal de Licitação nº 8.666/93, Lei Federal nº 8.080/90, isentando o Consorcio CISAMSF e aos Municípios Consorciados de qualquer co-responsabilidade.

13. DA VINCULAÇÃO DAS PARTES

13.1 As partes ficam vinculados aos ditames da Lei Federal nº 8.666/93 e demais normas emanadas pela ANVISA e pelo SUS, bem como ao teor do edital de CREDENCIAMENTO e ao teor das avenças da minuta do Contrato Administrativo instrumentos estes que são parte integrante deste Projeto Básico/Especificação Técnica, para todos os efeitos legais e de direito.

14. DA ALTERAÇÃO DE QUANTITATIVOS REGISTRADOS NO CONTRATO ADMINISTRATIVO

14.1 Aplica-se na futura contratação as prerrogativas do § 1º do art. 65 da Lei Federal nº 8.666/93, envolvendo a alteração dos quantitativos, respeitado qual seja o percentual de 25% (vinte e cinco por cento) do contrato administrativo.

15. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

15.1 A pessoa jurídica devidamente Credenciada que for convocada, que se recusar injustificadamente a assinar o contrato administrativo, apresentar pendências junto aos cadastros do Consorcio CISAMSF ou junto a Administração Pública, que apresentar documentação falsa exigida para o credenciamento, comportar-se de modo inidôneo, cometer fraude fiscal, sujeitar-se em multa pecuniária no percentual de 5% (cinco por cento) a ser calculado sobre o valor global da Contratação estimada, garantida a defesa prévia, conforme dispõe a Lei Federal nº 8.666/93.

15.2 Este Projeto Básico/Especificação Técnica faz parte integrante do Edital de CREDENCIAMENTO e do futuro Contrato Administrativo para todos os efeitos legais e de direito, independentemente da não transcrição.

Januária - MG, 08 de abril de 2022.

Eliane Rodrigues Nunes
Presidente da Comissão Permanente de Licitação
Portaria nº 002, de 01 de fevereiro de 2022

Antônio Luiz Alves de Freitas
Secretário Executivo do CISAMSF
Portaria nº 001/2021, de 06.01.2021
Procuração, de 06.01.2021

ANEXO II - MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
Nº:/2022

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CRENCIAMENTO Nº 002/2022

PREÂMBULO

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO-CISAMSF**, com sede na Rua Professor Aurélio Caciquinho, nº 195, Bairro São Vicente - CEP: 39.480-000, Januária/MG, inscrito sob o CNPJ nº. 01.289.973/0001-55, devidamente constituído na forma da Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e, de acordo com o disposto no Protocolo de Intenções, devidamente assinados pelos Municípios Consorciados (Januária, Bonito de Minas, Itacarambi, Cônego Marinho, Pedras de Maria da Cruz, Miravânia, Montalvânia e São João das Missões), neste ato representado por seu Secretário Executivo Sr. Antônio Luiz Alves de Freitas, (.....qualificar.....), residente e domiciliado nesta cidade, denominado simplesmente de “**CONTRATANTE**”, e de outro a pessoa jurídica de direito privado, (.....qualificar.....), neste ato representado pelo Sr.(a) (.....qualificar.....), residente e domiciliado na cidade de (.....qualificar.....), de ora em diante denominada simplesmente de “**CONTRATADA**”, resolvem firmar o presente contrato administrativo para a “prestação dos serviços médicos de média e alta complexidade, no atendimento de pacientes encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, conforme detalhado na cláusula primeira, em atendimento à solicitação da Secretaria Executiva do CISAMSF, com regime de execução indireta – empreitada por preço unitário, em conformidade com o disposto no art. 6º da Lei Federal nº 8.666/93 e, de acordo com os demais ditames da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, bem como em observância as normas da ANVISA e do SUS instrumentos estes regulamentam a prestação dos serviços de saúde e, de acordo com o detalhado no Anexo I - Projeto Básico/Especificação Técnica e, em observância ainda ao teor da justificativa e, de acordo com as cláusulas seguintes:

DA JUSTIFICATIVA: Os Municípios integrantes do Consorcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF, têm a necessidade de contratar serviços médicos para a realização de consultas especializadas, serviços de clínica especializada em média e alta complexidade e serviços de procedimentos cirúrgicos, serviços estes a serem ofertados a pacientes encaminhados pelos profissionais médicos através das respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Considerando o interesse público pautado pela economia e celeridade no atendimento. Justifica-se a realização de **CRENCIAMENTO** objetivando a contratação de pessoa jurídica devidamente habilitada na prestação de serviços médicos de média e alta complexidade, para a futura contratação a ser realizada pelo Consorcio CISAMSF, com repasse das despesas para os Municípios Consorciados, conforme detalhado no Projeto Básico/especificação técnica, onde a execução do presente contrato administrativo dar-se-á de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, capítulo III – seção IV dos contratos e do disposto no item VI da Instrução Normativa IN MARE nº 18 de 22 de dezembro de 1997.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O objeto deste contrato administrativo é a “prestação de serviços profissionais médicos, em conformidade com os serviços identificados pela Contratada no anexo IV - Planilha de Identificação dos Serviços Médico de Média e Alta Complexidade, e que foram transcritos para o subitem 1.2 deste instrumento, onde os serviços serão prestados em observância ao descrito no anexo I – Projeto Básico/Especificação Técnica, e no que couber em observância ao descrito no Edital de **CRENCIAMENTO** Nº 002/2022, instrumentos estes que integram e completam este Contrato Administrativo, para todos os fins de direito, independentemente de transcrição.

1.2 Faz parte integrante do objeto deste contrato a prestação dos seguintes serviços:

(Descrever todos os serviços com os respectivos quantitativos, valor unitário e valor total)

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR GLOBAL ESTIMADO

2.1 Pela efetiva prestação dos serviços descritos na cláusula primeira o “**Contratante**” pagará à “**Contratada**” o valor global estimado de R\$..... (.....).

2.2 Considerando que os quantitativos e valores são estimados, não se obriga ao “**Contratante**” na contratação de todos os quantitativos dos serviços nem ao pagamento do valor global descrito no subitem 2.1 e sim ao pagamento por conta da prestação de serviços efetivamente requisitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, desde que efetivamente prestados.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 O pagamento por conta dos serviços prestados será efetuado pela Tesouraria do Consórcio CISAMSF, até o 30º (trigésimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após emissão da NOTA FISCAL, através de transferência eletrônica disponível (TED) em nome da “**Contratada**”, através de FATURA/BOLETO bancário, a nota fiscal devidamente empenhada, acompanhada de relatório e das respectivas ordens de serviços e ou requisições emitidas por servidor devidamente credenciado pelo Município.

3.2 As notas Fiscais deverão ser acompanhadas de todos os documentos relativos a Regularidade Fiscal e Trabalhista.

3.3 Caso a futura **Contratada**, opte pela realização de pagamento por TED, DOC ou outro meio que gere custos extras ao CISAMSF, deverá considerar esses custos incluídos nos preços dos serviços, de forma que o CISAMSF realizará a retenção de possíveis taxas bancárias ou outros encargos que o onere deduzindo-os do pagamento.

3.4 Na ocorrência de eventuais atrasos de pagamento não justificados, provocados exclusivamente pelo “**Contratante**”, o valor devido à “**Contratada**”, poderá ser acrescido de atualização financeira, desde a data da nota fiscal até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$$I = (TX/100)$$

$$EM = I \times N \times VP, \text{ onde:}$$

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

3.5 Na ocorrência de atrasos de pagamentos forem provocados exclusivamente por parte do Município Consorciado, a eventual despesa decorrente do atraso de pagamento será transferida para o Município inadimplente financeiramente com o Consórcio CISAMSF.

3.6 A Administração não se responsabilizará pelo pagamento de serviços prestados de forma adversa ao estabelecido neste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

4.1 O prazo de vigência do presente contrato administrativo será durante o período remanescente do exercício de 2022 e, encerrar-se-á no dia 31.12.2022.

4.2 Dada a presunção de serviços continuados e, em observância ao interesse público e, por acordo entre as partes, este contrato administrativo poderá ter sua vigência prorrogada em conformidade com o disposto no inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA - DA CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

5.1 As despesas decorrentes da contratação do objeto desta licitação correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: **02.01.10.302.0002.2003 – Manutenção dos Serviços de Saúde do CISAMSF // 3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.**

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1 Do Consórcio CISAMSF

6.1.1 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco-CISAMSF, foi devidamente constituído em conformidade com o disposto na Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e, tem como consorciados os Municípios de (Januária, Bonito de Minas, Cônego Marinho, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Miravânia, Montalvânia e São João das Missões), o qual tem seus objetivos regulados através do protocolo de intenções devidamente homologados pelos entes consorciados, para atuar na área de saúde, em conformidade com as diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS.

6.1.2 Considerando o disposto na cláusula sétima, inciso XIII do Protocolo de intenções, que habilita o Consorcio CISAMSF, a prestar, diretamente ou por seu intermédio, serviços à administração direta ou indireta dos entes consorciados, razão pela a qual o mesmo será o órgão responsável pela elaboração do CREDENCIAMENTO objetivando a contratação de serviços profissionais de saúde de média e alta complexidade e, não obstante celebrará o contrato administrativo com as pessoas jurídicas devidamente credenciadas, onde as despesas contraídas por conta da prestação dos serviços médicos, serão re-faturadas para os Municípios, através emissão de nota fiscal de prestação de serviços.

6.1.3 O Consorcio CISAMSF, disponibilizará programa de informática de gestão em saúde, a todos os Municípios Consorciados, para controle de agendamento e emissão das respectivas guias de encaminhamentos de pacientes, onde caberá ao Consorcio do CISAMSF, monitorar o atendimento e gerenciar os procedimentos de controle em conformidade com as normas do SUS.

6.1.4 Cobrar da **Contratada** o envio de relatório detalhando as despesas contraídas por cada Município Consorciado, e redirecionar o relatório às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que esta realize a verificação do efetivo atendimento dos serviços e conseqüentemente aprove as despesas decorrentes.

6.1.5 De posse da aprovação das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, autorização e que será objeto de emissão de nota fiscal de prestação de serviços pelo Consorcio CISAMSF, com envio da respectiva nota fiscal em tempo célere (prazo máximo de 48 horas), contados da data da aprovação das despesas.

6.1.6 Mediante recebimento das notas fiscais emitidas pela **Contratada** com a identificação do débito contraído pelas Secretarias de cada Município, o Consorcio CISAMSF, providenciará a emissão da Nota fiscal de Prestação de Serviços, re-faturando a despesa para o Município Consorciado, mediante envio da nota fiscal para que este tome as devidas providencias pautando para que o pagamento ao Consorcio seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, conforme avençado no contrato administrativo que originou na contratação dos serviços o Consorcio CISAMSF, conforme dispõe o Protocolo de Intenções.

6.1.7 Será de responsabilidade do Consorcio CISAMSF, realizar o pagamento à **Contratada** por conta dos serviços prestados aos Municípios Consorciados, após emissão da nota fiscal devidamente empenhada até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, através de boleto bancário ou transferência eletrônica disponível (TED) em nome da **Contratada**.

6.1.8 O Consórcio CISAMSF, constituirá servidor para acompanhar a execução e fiscalização da execução do contrato administrativo, em conformidade com o prescrito no art. 67 da Lei Federal nº 8.666/93.

6.1.9 Aplicar à **Contratada** penalidades decorrentes de descumprimento obrigacional que venham expor ao Consorcio CISAMSF, aos Municípios Consorciados e aos pacientes em prejuízo, garantida a defesa

previa em conformidade com o detalhado na minuta do contrato administrativo e em observância aos ditames da Lei Federal nº 8.666/93.

6.1.10 Observar o disposto na Resolução SES nº 7.409 de 16 de fevereiro de 2021, quando receber pacientes e for encaminhá-los para realização de cirurgia urgentes, sobretudo se tratando de pacientes cardíacos ou oncológicos nos termos do artigo 2º da referida resolução.

6.2 Dos Municípios Consorciados

6.2.1 Independentemente do contrato ser celebrado entre o Consórcio CISAMSF e a **Contratada**, por conta da prestação de serviços médicos, os Municípios Consorciados, as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, assumirão as obrigações de acompanhar e fiscalizar a qualidade no atendimento dos serviços prestados pela contratada aos seus pacientes, repassando ao Consórcio CISAMSF, formalmente, através relatório detalhando fatos que vem expor o Município e ou a seus pacientes em eventuais prejuízos, para que o Consórcio CISAMSF possa inteirar do assunto e tomar as devidas providencias na forma da Lei.

6.2.2 Considerando que o sistema de controle de atendimento de serviços médicos disponibilizado pelo Consórcio CISAMSF, é integrado, é de responsabilidade das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, agendar o atendimento médico via sistema, junto a pessoa jurídica **Contratada** pelo Consórcio CISAMSF, para atendimento em saúde de seus pacientes, assim como é de responsabilidade ainda das respectivas secretarias, dar início na inserção dos dados do paciente e dos serviços contratados nos arquivos do sistema de agendamento, para conhecimento e monitoramento dos serviços pelo Consórcio CISAMSF.

6.2.3 Caberá às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, proceder a fiscalização do acompanhamento do atendimento dos seus pacientes, onde na ocorrência de declínio na qualidade de atendimento a mesma deverá reportar ao Consórcio CISAMSF, através relatório formal, as ocorrências para providencias decorrentes.

6.2.4 É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciados, uma vez recebido o relatório das despesas encaminhada pelo Consórcio CISAMSF, realizar a conferencia e aprovação das despesas e, no prazo de 02 (dois) dias, contados do recebimento do relatório, autorizar ao Consórcio CISAMSF a tomar as devidas providencias de emissão da respectiva nota fiscal de prestação de serviços, onde na ocorrência do não cumprimento do prazo e pautando pelo cumprimento do pagamento das despesas o Consórcio CISAMSF, emitirá sua nota fiscal de prestação de serviços e encaminhará às Secretarias Municipais de Saúde para providencias decorrentes pautadas para que o pagamento seja realizado até o 10º (décimo) dia de cada mês, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada até o 30º (trigésimo) dia do mesmo mês.

6.2.5 Considerando que as despesas faturadas pela **Contratada** contra o Consórcio CISAMSF, é de total responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde do Município Consorciado, através da secretaria municipal de finanças, mediante transferência eletrônica disponível (TED) em nome do Consórcio CISAMSF, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao que originou a prestação dos serviços, para que o Consórcio CISAMSF, possa honrar o compromisso de quitar a dívida contraída em nome do Município consorciado, junto a contratada até o 30º (trigésimo) dia do mesmo mês.

6.3 Da Contratada

6.3.1 Uma vez assinado o contrato administrativo com o Consórcio CISAMSF, a **Contratada** assume a obrigação de dar início imediato no atendimento de pacientes encaminhados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados do CISAMSF, mediante o agendamento e, mediante recebimento da respectiva guia de encaminhamento médico, devendo os serviços serem prestados diretamente nas estruturas da **Contratada**, vedado o uso de estruturas de terceiros para prestar serviços, sem anuência expressa do Consórcio CISAMSF ou *in loco* em local a ser definido pelo respectivo município consorciado.

6.3.2 Caberá à futura **Contratada** prestar para prestação dos serviços requisitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados com o CISAMSF e, uma vez concluído o

atendimento do paciente, assume a obrigação de encaminhar para as secretarias cópia dos laudos avaliatórios, para conhecimento do médico do Município que requisitou o atendimento do paciente e no final do mês encaminhará relatório ao Consórcio CISAMSF, para providências decorrentes, pautadas no re-faturamento das despesas decorrentes da prestação dos serviços, às respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados.

6.3.3 Avocar para si total responsabilidade sobre os procedimentos de atendimentos dos médicos, isentando os Municípios Consorciados bem como, isentando o Consórcio CISAMSF de qualquer co-responsabilidade decorrente de fato superveniente que venha colocar em risco ou agravar a saúde do paciente em decorrência de (erro médico, negligência, imperícia ou outro fato).

6.3.4 Caberá à **Contratada** no que couber acessar o sistema de controle informatizado em conformidade com as normas do SUS, disponibilizado pelo Consórcio CISAMSF e, os dados informativos pautando na manutenção do controle de atendimento de paciente encaminhado por cada Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios Consorciado no CISAMSF.

6.3.5 No final de cada mês que originou a prestação dos serviços, emitir relatório individual de cada Município Consorciado, com os dados do paciente, dos serviços prestados e os valores das despesas decorrentes da prestação dos serviços médicos de média e alta complexidade e, encaminhará ao Consorciado do CISAMSF, relatório este acompanhado de cópia das respectivas requisições/encaminhamento médico, para providências decorrentes, pautadas na aprovação das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, ficando no aguardo da aprovação das despesas para posterior emissão das respectivas notas fiscais a serem emitidas em conformidade com cada relatório.

6.3.6 Uma vez aprovado o relatório das despesas pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, e de posse da autorização de emissão da respectiva nota fiscal, autorização esta emitida pelo Consórcio CISAMSF, a Contratada deverá emitir a nota fiscal em conformidade com cada relatório de prestação de serviços médicos, contra o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco-CISAMSF, anexando à mesma, cópia das certidões de regularidades para com o fisco FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS e TRABALHISTA, com data de emissão a mesma ou posterior a da emissão da nota fiscal, sob pena do não recebimento do valor devido, enquanto não cumprida a obrigação.

6.3.7 Encaminhar juntamente com a documentação a que se refere o subitem 10.1 do projeto, o respectivo boleto/fatura com data de vencimento até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente ao que se originou a prestação de serviços, ou, em caso de pagamento via TED/DOC, arcar com os custos relativos à eventuais taxas decorrentes de tais operações.

6.3.8 Avocar para si todas as responsabilidades decorrentes da confiabilidade e segurança na realização dos serviços perquirindo a ética profissional, bem como assumir todas as despesas/custas oriundas com mão de obra de profissionais que venham a prestar os serviços, acrescida dos respectivos encargos sociais e trabalhista, taxas, impostos e outras despesas decorrentes, isentando o Consórcio CISAMSF de qualquer co-responsabilidade e ou despesa adicional.

6.3.9 A futura **Contratada** avoca para si a obrigação de prestar os serviços em observância à Ética profissional instituída pelo Conselho Regional de Medicina, em observância às normas da ANVISA e do SUS, notadamente a Resolução SES nº 7.409 de 16/02/2021, em observância às avenças contratuais onde no que couber ao descrito no edital da CREDENCIAMENTO, em observância aos ditames da Lei Federal de Licitação nº 8.666/93, Lei Federal nº 8.080/90, isentando o Consórcio CISAMSF e aos Municípios Consorciados de qualquer co-responsabilidade.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS SANÇÕES

7.1 O descumprimento, por parte da **“Contratada”** das obrigações contratuais assumidas, ou a infringência dos preceitos legais pertinentes, ensejará a aplicação das seguintes sanções administrativas a serem aplicadas pelo Consórcio CISAMSF, garantida a ampla defesa:

7.1.1 Advertência, por escrito, sempre que forem constatadas falhas de pouca gravidade;

7.1.2 Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total registrado neste contrato por descumprimento de qualquer obrigação, onde o valor será recolhido aos cofres do Consórcio CISAMSF, garantida a ampla defesa.

7.1.3 Multa de 10% (dez por cento) aplicado sobre o valor total registrado neste contrato na ocorrência da reincidência no descumprimento de qualquer obrigação, sujeitando ainda em suspensão temporária de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de 02 (dois) anos, conforme estabelece os ditames da Lei Federal nº 8.666/93 decorrentes de inexecução da obrigação de que se resulte prejuízo para o serviço, onde o valor será recolhido aos cofres do Consórcio CISAMSF, garantida a ampla defesa.

7.1.4 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com o Consórcio CISAMSF e com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, nas hipóteses em que a execução irregular, ou atrasos ou inexecução associem-se à prática de ilícito penal.

7.2 A penalidade de multa pecuniária deverá ser recolhida aos cofres do “Consórcio CISAMSF” no prazo de até 15 (quinze) dias a contar da data da aplicação da multa pecuniária, sob pena de desconto do valor em eventuais créditos.

7.3 A **Contratada** obriga-se a manter durante a execução deste contrato, compatível com as obrigações avençadas, todas as condições de habilitação e qualificação e será objeto de exigência da **Contratada** quando julgar necessárias.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

8.1 Independentemente de notificações ou interpelações judiciais ou extrajudiciais, constituem motivos para rescisão do presente contrato a ocorrência de qualquer uma das situações previstas no art. 77 e 78 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA NONA - DIREITOS DO CONTRATANTE NO CASO DE RESCISÃO

9.1 Na hipótese de rescisão administrativa do presente contrato, a **Contratada** reconhece, de logo, o direito do **Contratante** de adotar, no que couber, a seu exclusivo critério, as medidas que vão a seguir discriminadas:

9.1.1 Retenção dos créditos decorrentes do contrato até o limite dos prejuízos causados ao Contratante ou aos Municípios Consorciados e ou aos pacientes;

9.1.2 A utilização, pelo **Contratante**, do direito a ele assegurado no subitem anterior, não implicará, necessariamente, em renúncia aos demais recursos postos à disposição da **Contratada**, não cabendo no entanto, à Contratada reivindicações de quaisquer natureza em consequência da aplicação das penalidades impostas pelo **Contratante**.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

10.1 Nos casos omissos neste Contrato Administrativo, serão resolvidos à luz da Lei nº. 8.666/93 e alterações posteriores e em observância aos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

11.1 A publicação, do extrato, do presente contrato administrativo na imprensa oficial, que é condição indispensável para sua eficácia, será providenciada pelo Contratante, nos termos do parágrafo único, do art. 61, da Lei nº 8.666, de 20.06.93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 As partes ficam, ainda, adstritas às seguintes disposições:

12.1.1 Não será admitida, em nenhuma hipótese, a transferência das obrigações objeto deste contrato Administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO

CNPJ 01.289.973/0001-55

Rua Professor Aurélio Caciquinho, 195 – Bairro São Vicente.

Januária/MG – CEP: 39.480-000 – Telef.: (38) 3621-1005

E-mail: cisamsf@yahoo.com.br / cisamsf.sec.exec@gmail.com



13.1 As partes contratantes elegem o foro da cidade de Januária (MG), para dirimir eventuais questões relacionadas com este Contrato Administrativo, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de pleno acordo, foi o presente Termo lavrado em três vias de igual teor e forma, o qual, depois de lido e achado conforme será assinado pelas partes e pelas testemunhas abaixo.

Januária (MG) ,de de

Antônio Luiz Alves de Freitas
Secretário Executivo do CISAMSF
CONTRATANTE

Nome>>
Empresa>>>>>
CONTRATADA

Testemunhas: 1.....2

ANEXO IV – PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO INTERESSADOS NO CREDENCIAMENTO PARA A FUTURA CONTRATAÇÃO COM O CONSORCIO CISAMSF
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 006/2022
INEXIGIBILIDADE LICITAÇÃO Nº 002/2022
CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**

Ao
Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Médio São Francisco-CISAMSF
Atte. Comissão Permanente de Licitação
JANUÁRIA-MG

Prezados Membros,

A pessoa jurídica (..... qualificar com nome, CNPJ e endereço completo....), representada pelo seu sócio, na qualidade de responsável técnico (.....qualificar o sócio, com nome, identidade, CRM e endereço completo.....), certifica o interesse no credenciamento para a prestação de serviços médicos, nas especialidades identificados com (X), nos itens dos respectivos lotes detalhados abaixo e, não obstante declara que está de acordo em prestar os respectivos serviços nos preços unitários que o Consorcio CISAMSF se limita a pagar e que será objeto da futura contratação.

TABELA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS					
LOTE 01 - CONSULTA ESPECIALIZADA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
1	CONSULTA em ALERGISTA	03.01.01.007-2	231	R\$ 95,00	(.....)
2	CONSULTA em ANESTESISTA	03.01.01.007-2	500	R\$ 95,00	(.....)
3	CONSULTA em ANGIOLOGIA	03.01.01.007-2	27	R\$ 90,00	(.....)
4	CONSULTA em CARDIOLOGIA ADULTO	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	(.....)
5	CONSULTA em CARDIOLOGIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	192	R\$ 85,00	(.....)
6	CONSULTA em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	03.01.01.007-2	67	R\$ 100,00	(.....)
7	CONSULTA em CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	03.01.01.007-2	59	R\$ 100,00	(.....)
8	CONSULTA em CIRURGIA GERAL	03.01.01.007-3	235	R\$ 90,00	(.....)
9	CONSULTA em CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	03.01.01.007-2	135	R\$ 100,00	(.....)
10	CONSULTA em CIRURGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	170	R\$ 90,00	(.....)
11	CONSULTA em CIRURGIA PLÁSTICA	03.01.01.007-2	58	R\$ 90,00	(.....)
12	CONSULTA em CIRURGIA TORÁCICA	03.01.01.007-2	63	R\$ 90,00	(.....)
13	CONSULTA em CIRURGIA VASCULAR	03.01.01.007-2	68	R\$ 90,00	(.....)
14	CONSULTA em COLOPROCTOLOGISTA	03.01.01.007-2	102	R\$ 100,00	(.....)
15	CONSULTA em DERMATOLOGIA	03.01.01.007-2	393	R\$ 85,00	(.....)
16	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	03.01.01.007-2	445	R\$ 85,00	(.....)
17	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	224	R\$ 100,00	(.....)
18	CONSULTA em FISIATRIA	03.01.01.007-2	59	R\$ 90,00	(.....)
19	CONSULTA em FONOAUDIOLOGIA AVALIAÇÃO	03.01..01.004-8	224	R\$ 50,00	(.....)
20	CONSULTA em GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 80,00	(.....)
21	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA	03.01.01.007-2	396	R\$ 80,00	(.....)
22	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	147	R\$ 90,00	(.....)

23	CONSULTA em GERIATRIA	03.01.01.007-2	95	R\$ 80,00	(.....)
24	CONSULTA em HEMATOLOGIA	03.01.01.007-2	215	R\$ 100,00	(.....)
25	CONSULTA em HEPATOLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 90,00	(.....)
26	CONSULTA em INFECTOLOGIA	03.01.01.007-2	168	R\$ 100,00	(.....)
27	CONSULTA em MASTOLOGIA	03.01.01.007-2	243	R\$ 100,00	(.....)
28	CONSULTA em NEFROLOGIA	03.01.01.007-2	293	R\$ 100,00	(.....)
29	CONSULTA em NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	108	R\$ 100,00	(.....)
30	CONSULTA em NEUROLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 85,00	(.....)
31	CONSULTA em NEUROCIRURGIÃO	03.01.01.007-2	146	R\$ 85,00	(.....)
32	CONSULTA em NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	455	R\$ 85,00	(.....)
33	CONSULTA em NUTRIÇÃO	03.01.01.004-8	73	R\$ 50,00	(.....)
34	CONSULTA em OFTALMOLOGIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	(.....)
35	CONSULTA em ORTOPIEDIA	03.01.01.007-2	800	R\$ 85,00	(.....)
36	CONSULTA em ORTOPIEDIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	300	R\$ 85,00	(.....)
37	CONSULTA em OTORRINOLARINGOLOGIA	03.01.01.007-3	800	R\$ 85,00	(.....)
38	CONSULTA em PEDIATRIA	03.01.01.007-2	600	R\$ 85,00	(.....)
39	CONSULTA em PNEUMOLOGIA	03.01.01.007-2	276	R\$ 100,00	(.....)
40	CONSULTA em PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	03.01.01.007-2	135	R\$ 100,00	(.....)
41	CONSULTA em PROCTOLOGIA	03.01.01.007-2	229	R\$ 100,00	(.....)
42	CONSULTA em PSICOLOGIA AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	91	R\$ 50,00	(.....)
43	CONSULTA em PSICOLOGIA SESSÃO	03.01.01.004-8	211	R\$ 50,00	(.....)
44	CONSULTA em PSIQUIATRIA	03.01.01.007-2	124	R\$ 85,00	(.....)
45	CONSULTA em PSIQUIATRIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	85	R\$ 100,00	(.....)
46	CONSULTA em REUMATOLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 100,00	(.....)
47	CONSULTA em UROLOGIA	03.01.01.007-2	400	R\$ 105,00	(.....)

LOTE 02 – EXAME CARDIOLÓGICO

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
48	DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	02.05.01.004-0	160	R\$ 180,00	(.....)
49	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA ADULTO	02.05.01.003-2	200	R\$ 120,00	(.....)
50	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA INFANTIL (ZERO A TREZE ANOS)	02.05.01.003-2	160	R\$ 120,00	(.....)
51	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA INFANTIL COM SEDAÇÃO	02.05.01.003-2	129	R\$ 150,00	(.....)
52	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	02.05.01.001-6	160	R\$ 230,00	(.....)
53	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	02.05.01.002-4	160	R\$ 180,00	(.....)
54	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	02.05.01.004.0	74	R\$ 180,00	(.....)
55	ELETROCARDIOGRAMA (ECG) COM LAUDO	02.11.02.003-6	249	R\$ 35,00	(.....)
56	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	02.11.02.004-4	300	R\$ 90,00	(.....)
57	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA 24 HORAS)	02.11.02.005-2	300	R\$ 85,00	(.....)
58	TESTE ERGOMÉTRICO COMPUTADORIZADO OU TESTE DE ESFORÇO	02.11.02.006-0	400	R\$ 90,00	(.....)

LOTE 03 – CITOPATOLOGIA E PATOLOGIA (ANÁLISE)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
59	BIÓPSIA COLONOSCÓPICA – SIMPLES (POR FRASCO)	02.09.01.002-9	119	R\$ 80,00	(.....)
60	BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO HEPÁTICA	02.01.01.021-6	72	R\$ 80,00	(.....)
61	BIÓPSIA DE MAMA – PEÇA CIRÚRGICA	02.03.02.007-3	104	R\$ 80,00	(.....)
62	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES – MÚLTIPLOS ACONDICIONADO NO MESMO FRASCO POR TOPOGRAFIA EM ÁREAS DIFERENTES	02.01.01.037-2	146	R\$ 80,00	(.....)
63	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES – SIMPLES (POR FRASCO)	02.01.01.037-2	161	R\$ 80,00	(.....)
64	BIÓPSIA DE PRÓSTATA – SIMPLES (POR FRASCO)	02.01.01.041-0	151	R\$ 80,00	(.....)
65	BIÓPSIA DE PRÓSTATA – SIMPLES SEXTANTE (ATÉ 6 FRASCOS)	02.01.01.041-0	80	R\$ 300,00	(.....)
66	BIÓPSIA DE RIM POR PUNÇÃO RENAL	02.01.01.043-7	92	R\$ 90,00	(.....)
67	BIÓPSIA DE VESÍCULA - PEÇA CIRÚRGICA	04.07.03.002-6	100	R\$ 100,00	(.....)
68	BIÓPSIA DO COLO UTERINO – SIMPLES POR FRASCO	02.01.01.066-6	100	R\$ 100,00	(.....)
69	BIÓPSIA DO COLO UTERINO RETIRADA DE OVÁRIOS – PEÇA CIRÚRGICA	02.03.02.002-2	100	R\$ 120,00	(.....)
70	BIÓPSIA DO COLO UTERINO RETIRADA DE ÚTERO – PEÇA CIRÚRGICA	02.03.02.002-2	100	R\$ 120,00	(.....)
71	BIÓPSIA ENDOSCÓPICA – SIMPLES (POR FRASCO)	02.09.01.003-7	400	R\$ 80,00	(.....)
72	BIÓPSIA PEÇA CIRÚRGICA COMPLEXA	02.03.02.007-3	99	R\$ 120,00	(.....)
73	BIÓPSIA PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES	02.03.02.007-3	120	R\$ 100,00	(.....)
74	BIÓPSIA RETOSSIGMOIDOSCÓPICA SIMPLES (POR FRASCO)	02.09.01.005-3	110	R\$ 80,00	(.....)
75	BIÓPSIA SIMPLES POR FRASCO	02.03.02.007-3	155	R\$ 70,00	(.....)
76	CITOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL (PREVENTIVO)	02.03.01.001-9	77	R\$ 20,00	(.....)
77	IMUNOHISTOQUÍMICA	02.03.02.004-9	40	R\$ 400,00	(.....)
78	PUNÇÃO (POR LÂMINAS)	02.01.01.047-0	54	R\$ 50,00	(.....)
79	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA-PAAF (ATÉ 6 LÂMINAS) LADO DIREITO	02.01.01.058-5	40	R\$ 70,00	(.....)
80	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA-PAAF (ATÉ 6 LÂMINAS) LADO ESQUERDO	02.01.01.058-5	40	R\$ 70,00	(.....)
81	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE OU PARATIREÓIDE POR AGULHA FINA-PAAF (ATÉ 6 LÂMINAS) LOBO DIREITO	02.01.01.047-0	58	R\$ 70,00	(.....)
82	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE OU PARATIREÓIDE POR AGULHA FINA-PAAF (ATÉ 6 LÂMINAS) LOBO ESQUERDO	02.01.01.047-0	58	R\$ 70,00	(.....)
83	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA – CORE BIÓPSIA (POR FRASCO)	02.01.01.060-7	58	R\$ 120,00	(.....)
84	PUNÇÃO LINFODONOS (ATÉ 6 LÂMINAS)	02.01.01.047-0	45	R\$ 70,00	(.....)
LOTE 04 - CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
85	EXÉRESE DE CISTO/ FÍSTULA DE CISTO BRANQUIAL	04.01.02.006-1	20	R\$ 2.500,00	(.....)
86	EXÉRESE DE CISTO/ FÍSTULA DE DUCTO TIREOGLOSSO	04.01.02.009-6	20	R\$ 2.500,00	(.....)

87	EXÉRESE DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR	04.16.03.004-1	20	R\$ 2.500,00	(.....)
88	EXÉRESE DE PAPILOMA DE LARINGE	04.04.01.011-3	20	R\$ 2.500,00	(.....)
89	FARINGECTOMIA PARCIAL	04.16.03.021-1	16	R\$ 12.900,00	(.....)
90	GLOSSECTOMIA TOTAL	04.16.03.007-6	16	R\$ 7.800,00	(.....)
91	PAROTIDECTOMIA TOTAL	04.16.03.008-4	20	R\$ 5.650,00	(.....)
92	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA	04.16.03.019-0	16	R\$ 8.300,00	(.....)
93	TIREOIDECTOMIA TOTAL	04.02..01.004-3	20	R\$ 6.200,00	(.....)
94	TRAQUEOSTOMIA	04.04.01.037-7	16	R\$ 2.100,00	(.....)
95	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO	03.03.12.006-1	20	R\$ 6.500,00	(.....)
LOTE 05 - CIRURGIA GERAL (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
96	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVO	04.07.03.001-8	5	R\$ 9.000,00	(.....)
97	COLECISTECTOMIA CONVECIONAL	04.07.03.002-6	10	R\$ 3.400,00	(.....)
98	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.003-4	20	R\$ 4.300,00	(.....)
99	COLECISTOSTOMIA	04.07.03.004-2	12	R\$ 4.300,00	(.....)
100	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	04.16.05.002-6	10	R\$ 3.400,00	(.....)
101	COLECTOMIA TOTAL	04.07.02.007-1	10	R\$ 5.000,00	(.....)
102	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	04.01.02.006-1	8	R\$ 2.000,00	(.....)
103	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	04.01.02.007-0	8	R\$ 2.000,00	(.....)
104	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	04.01.01.007-4	12	R\$ 2.000,00	(.....)
105	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	8	R\$ 3.200,00	(.....)
106	GASTROSTOMIA	04.07.01.021-1	12	R\$ 5.000,00	(.....)
107	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	03.09.01.003-9	8	R\$ 5.000,00	(.....)
108	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.01.022-0	8	R\$ 5.000,00	(.....)
109	HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.028-4	8	R\$ 3.400,00	(.....)
110	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	04.07.04.006-4	10	R\$ 3.000,00	(.....)
111	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.07.04.007-2	10	R\$ 4.000,00	(.....)
112	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.009-9	10	R\$ 4.500,00	(.....)
113	HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVECIONAL	04.07.04.013-7	8	R\$ 3.000,00	(.....)
114	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.010-2	10	R\$ 4.300,00	(.....)
115	HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVECIONAL	04.07.04.012-9	8	R\$ 3.400,00	(.....)
116	HERNIOPLASTIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.012-9	10	R\$ 4.300,00	(.....)
117	LAQUEADURA TUBÁRIA	04.09.06.018-6	12	R\$ 2.500,00	(.....)
118	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	04.07.02.035-7	8	R\$ 5.900,00	(.....)
119	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) ABERTO	04.07.01.027-0	8	R\$ 4.300,00	(.....)
120	TRATAMENTO CIRURGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) POR VÍDEO	04.07.01.027-0	8	R\$ 5.900,00	(.....)
121	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	04.09.01.043-0	10	R\$ 3.000,00	(.....)
122	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	10	R\$ 3.000,00	(.....)

123	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA VAGINAL (USA PROTESE)	04.09.07.027-0	10	R\$ 8.500,00	(.....)
124	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL	04.07.02.047-0	10	R\$ 6.000,00	(.....)
125	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTRIESOFÁGICO +HERNIA DE HIATO (POR VIDEO)	04.07.01.029-7	10	R\$ 5.500,00	(.....)
126	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	04.09.04.023-1	10	R\$ 3.400,00	(.....)
LOTE 06 - CIRURGIA GINECOLÓGICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
127	BIOPSIA COLO UTERINO	02.01.01.066-6	40	R\$ 650,00	(.....)
128	BIOPSIA DE VAGINA	02.01.01.050-0	30	R\$ 650,00	(.....)
129	BIOPSIA DE VULVA	02.01.01.051-8	20	R\$ 300,00	(.....)
130	CAAF	04.09.06.008-9	40	R\$ 1.400,00	(.....)
131	CAUTERIZAÇÃO COLO UTERINO	04.01.01.004-0	40	R\$ 450,00	(.....)
132	CAUTERIZAÇÃO DE VULVA	04.01.01.004-0	24	R\$ 450,00	(.....)
133	COLPOPERÍNEOPLASTIA ANTERIOR e POSTERIOR COM AMPUTAÇÃO DE COLO	04.09.06.002-0	20	R\$ 4.250,00	(.....)
134	COLPOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA (PERÍNEO)	04.09.07.007-6	20	R\$ 3.720,00	(.....)
135	COLPOSCOPIA	02.11.04.002-9	24	R\$ 275,00	(.....)
136	ENDOMETRIOSE VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.09.06.014-3	24	R\$ 5.500,00	(.....)
137	EXCISÃO DE PÓLIPOS CERVICAIS	04.01.01.005-8	24	R\$ 650,00	(.....)
138	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	04.09.06.011-9	24	R\$ 3.500,00	(.....)
139	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	04.09.06.010-0	24	R\$ 3.500,00	(.....)
140	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	04.09.06.012-7	24	R\$ 4.700,00	(.....)
141	HISTERECTOMIA TOTAL	04.09.06.013-5	24	R\$ 3.400,00	(.....)
142	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN MEIGS)	04.09.06.014-3	24	R\$ 5.130,00	(.....)
143	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.09.06.015-1	24	R\$ 5.650,00	(.....)
144	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) COBRE	03.01.04.014-1	20	R\$ 365,00	(.....)
145	MIOMECTOMIA	04.09.06.019-4	24	R\$ 4.700,00	(.....)
146	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.09.06.020-8	24	R\$ 5.700,00	(.....)
147	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	04.09.06.021-6	20	R\$ 4.700,00	(.....)
148	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	03.01.04.015-0	40	R\$ 235,00	(.....)
LOTE 07 – CIRURGIA ORTOPÉDICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
149	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	04.08.04.007-6	8	R\$ 11.450,00	(.....)
150	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	04.08.04.005-0	8	R\$ 8.450,00	(.....)
151	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	04.08.04.006-8	5	R\$ 11.750,00	(.....)
152	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA HÍBRIDA	04.08.04.009-2	5	R\$ 11.750,00	(.....)
153	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	04.08.05.007-1	5	R\$ 11.250,00	(.....)
154	DESBRIDAMENTO DE FASCEITO NECROTIZANTE	04.15.04.002.7	5	R\$ 6.600,00	(.....)

155	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	04.015.04.003-5	6	R\$ 4.750,00	(.....)
156	DESBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	04.15.04.004-3	5	R\$ 3.200,00	(.....)
157	PROCEDIMENTO SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	04.15.02.006-9	6	R\$ 1.000,00	(.....)
158	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	04.08.05.014-4	10	R\$ 6.650,00	(.....)
159	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	04.08.05.015-2	10	R\$ 6.650,00	(.....)
160	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	04.08.05.016-0	6	R\$ 7.650,00	(.....)
161	RETIRADA DE FIO, HASTE, PINO INTRA-ÓSSEO	04.08.06.035-2	10	R\$ 3.500,00	(.....)
162	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	04.08.06.037-9	6	R\$ 3.250,00	(.....)
163	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	04.08.05.037-3	4	R\$ 4.500,00	(.....)
164	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	04.08.02.030-0	4	R\$ 6.000,00	(.....)
165	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR	04.08.01.018-5	4	R\$ 6.000,00	(.....)
166	COLUNA VERTEBRAL (INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIO OU ARTICULAR	03.03.09.003-0	5	R\$ 3.500,00	(.....)
167	EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	04.08.06.013-1	5	R\$ 5.750,00	(.....)
168	INFILTRAÇÃO DE PONTOS GATILHOSOU AGULHAMENTO SECO (POR MÚSCULO)	03.03.09.003-0	8	R\$ 1.230,00	(.....)
169	PUNÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRAÇÃO)	02.01.01.064-0	12	R\$ 1.430,00	(.....)
170	PUNÇÃO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADO POR (RX, US, TC)	02.01.01.064-0	5	R\$ 4.500,00	(.....)
171	PUNÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRAÇÃO/AGULHAMENTO SECO (ORIENTADO POR RX, US, TC, RM)	02.01.01.064-0	5	R\$ 1.900,00	(.....)
172	REPARO DO MANGUITO ROTADOR (INCLUINDO PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - PROCEDIMENTO VID. DE OMBRO	04.08.01.014-2	5	R\$ 6.750,00	(.....)
173	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMBRO	04.08.02.033-4	5	R\$ 6.750,00	(.....)
174	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISARIA PROXIMAL(COLO)DO FEMUR(SINTESE)	04.08.05.048-9	6	R\$ 7.750,00	(.....)
175	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	04.08.02.054-7	5	R\$ 6.500,00	(.....)
176	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	04.08.05.089-6	5	R\$ 7.000,00	(.....)
177	VIDEOARTROSCOPIA	04.08.06.071-9	10	R\$ 7.000,00	(.....)

LOTE 08 – CIRURGIA PEDIÁTRICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
178	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	04.07.04.009-9	12	R\$ 3.240,00	(.....)
179	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	04.07.04.012-9	10	R\$ 2.400,00	(.....)
180	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	04.09.04.013-4	8	R\$ 2.150,00	(.....)
181	POSTECTOMIA (FIMOSE)	04.09.05.008-3	12	R\$ 1.400,00	(.....)
182	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	04.09.04.021-5	10	R\$ 2.500,00	(.....)

LOTE 09 - CIRURGIA UROLÓGICA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
183	CISTOSCOPIA COM RETIRADA DE CATETER DUPLO J	02.09.02.001-6	6	R\$ 1.300,00	(.....)
184	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	02.09.02.001-6	6	R\$ 1.300,00	(.....)
185	ELETRO CAUTERIZAÇÃO PENIANA	02.01.01.038-0	4	R\$ 1.400,00	(.....)
186	ESTUDO URODINÂMICO	02.11.09.001-8	6	R\$ 850,00	(.....)
187	EXERESE DE CISTO URETRAL	04.09.07.014-9	4	R\$ 3.800,00	(.....)
188	FRENULOPLASTIA	04.09.05.006-7	6	R\$ 1.800,00	(.....)
189	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	04.09.01.017-0	6	R\$ 2.100,00	(.....)
190	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA	04.09.02.006-0	4	R\$ 1.500,00	(.....)
191	MEATOTOMIA SIMPLES	04.09.02.007-9	4	R\$ 1.000,00	(.....)
192	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA (NLA)	04.09.01.022-7	4	R\$ 7.000,00	(.....)
193	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNIA (NLPC)	04.09.01.023-5	8	R\$ 8.700,00	(.....)
194	PENISCOPIA	02.01.01.038-0	4	R\$ 575,00	(.....)
195	POSTECTOMIA	04.09.05.008-3	6	R\$ 2.000,00	(.....)
196	PROSTECTOMIA SUPRAPÚBLICA	04.09.03.002-3	6	R\$ 5.750,00	(.....)
197	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PRÓSTATA	04.09.03.004-0	20	R\$ 4.580,00	(.....)
198	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	04.09.01.039-1	6	R\$ 5.000,00	(.....)
199	URETEROLITOTOMIA FLEXIVEL	04.09.01.056-1	5	R\$ 4.750,00	(.....)
200	URETEROLITOTOMIA RIGÍDA	04.09.01.056-1	4	R\$ 4.500,00	(.....)
201	URETROTOMIA INTERNA	04.09.02.017-6	4	R\$ 3.350,00	(.....)
202	VASECTOMIA	04.09.04.024-0	20	R\$ 900,00	(.....)

LOTE 10 - CIRURGIA VASCULAR (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
203	ECOESCLEROTERAPIA COM ESPUMA DE POLIDOCANOL (MEMBRO DIREITO)	03.09.07.001-5	16	R\$ 1.500,00	(.....)
204	ECOESCLEROTERAPIA COM ESPUMA DE POLIDOCANOL (MEMBRO ESQUERDO)	03.09.07.001-5	16	R\$ 1.500,00	(.....)
205	ESCLEROTERAPIA APLICAÇÃO EM VARIZES (MEMBRO DIREITO) - SESSÃO	03.09.07.001-5	24	R\$ 200,00	(.....)
206	ESCLEROTERAPIA APLICAÇÃO EM VARIZES (MEMBRO ESQUERDO) - SESSÃO	03.09.07.001-5	24	R\$ 200,00	(.....)
207	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES UNILATERAL (MEMBRO DIREITO)	04.06.02.057-4	20	R\$ 1.500,00	(.....)
208	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES UNILATERAL (MEMBRO ESQUERDO)	04.06.02.057-4	20	R\$ 1.500,00	(.....)

LOTE 11 - ELETROENCEFALOGRAMA E ELETRONEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
209	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	02.11.05.004-0	100	R\$ 90,00	(.....)

210	ELETRONECEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	02.11.05.003-2	100	R\$ 200,00	(.....)
211	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES (DOIS MEMBROS)	02.11.05.008-3	80	R\$ 350,00	(.....)
212	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (QUATRO MEMBROS)	02.11.05.008-3	40	R\$ 700,00	(.....)
213	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES (DOIS MEMBROS)	02.11.05.008-3	80	R\$ 350,00	(.....)
LOTE 12 - FISIOTERAPIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
214	FISIOTERAPIA AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	42	R\$ 50,00	(.....)
215	FISIOTERAPIA SESSÃO	03.02.05.002-7	82	R\$ 40,00	(.....)
216	RPG	03.02.05.002-7	52	R\$ 50,00	(.....)
LOTE 13 - FONOAUDIOLOGIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
217	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL	02.11.07.004-1	100	R\$ 70,00	(.....)
218	AUDIOMETRIA TONAL/VOCAL	02.11.07.004-1	100	R\$ 70,00	(.....)
219	AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL (TESTE DA LINGUINHA)	03.01.01.004-8	80	R\$ 40,00	(.....)
220	EMISSÕES OTOACÚSTICA EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA EOAT (TESTE DA ORELHINHA)	02.11.07.014-9	200	R\$ 50,00	(.....)
221	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	02.11.07.015-7	80	R\$ 70,00	(.....)
222	IMITANCIOMETRIA	02.11.07.020-3	100	R\$ 50,00	(.....)
223	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA ADULTO)	02.11.05.011-3	80	R\$ 200,00	(.....)
224	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA INFANTIL COM SEDAÇÃO)	02.11.05.011-3	20	R\$ 420,00	(.....)
225	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA INFANTIL)	02.11.05.011-3	80	R\$ 200,00	(.....)
226	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL SESSÃO	03.01.07.011-3	80	R\$ 45,00	(.....)
LOTE 14 – GASTROLOGIA / PROCTOLOGIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
227	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	120	R\$ 400,00	(.....)
228	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	02.09.01.001-0	24	R\$ 1.500,00	(.....)
229	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM BIOPSIA PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	02.09.01.002-9	150	R\$ 500,00	(.....)
230	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA) COM APLICAÇÃO DE HYSTOACRIL	02.09.01.003-7	185	R\$ 200,00	(.....)
231	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA) COM BIÓPSIA PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	02.09.01.003-7	400	R\$ 220,00	(.....)
232	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)	02.09.01.003-7	200	R\$ 200,00	(.....)
233	ENDOSCOPIA INFANTIL COM SEDAÇÃO	02.09.01.003-7	100	R\$ 500,00	(.....)
234	LIGADURA ELÁSTICA DE VARIZES ESOFÁGICAS	04.07.01.031-9	50	R\$ 860,00	(.....)

235	POLIPLECTOMIA DE COLON (RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ PÓLIPOS DO RETO E COLO SIGMOIDE)	04.07.02.039-0	40	R\$ 790,00	(.....)
236	POLIPLECTOMIA DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO (RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA)	04.07.01.025-4	40	R\$ 250,00	(.....)
237	RETIRADA CORPO ESTRANHO ESÔFAGO	03.03.07.004-8	20	R\$ 515,00	(.....)
238	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL	02.09.01.005-3	36	R\$ 300,00	(.....)
239	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL COM BIOPSIA PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	02.09.01.005-3	24	R\$ 350,00	(.....)
LOTE 15 - MEDICINA NUCLEAR (EXAME)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
240	CATETERISMO CARDÍACO	02.11.02.001-0	16	R\$ 1.200,00	(.....)
241	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO (SPCTO)	02.08.06.001-4	24	R\$ 500,00	(.....)
242	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA CORPO INTEIRO	02.08.03.004-2	20	R\$ 500,00	(.....)
243	CINTILOGRAFIA DA TIROIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	02.08.03.002-6	16	R\$ 378,00	(.....)
244	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	02.08.02.001-2	20	R\$ 415,00	(.....)
245	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	20	R\$ 590,00	(.....)
246	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DE PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5	24	R\$ 1.000,00	(.....)
247	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DE PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3	20	R\$ 850,00	(.....)
248	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	10	R\$ 600,00	(.....)
249	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.004-1	10	R\$ 480,00	(.....)
250	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	02.08.02.011-0	8	R\$ 220,00	(.....)
251	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	02.08.07.004-4	10	R\$ 500,00	(.....)
252	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) DINÂMICA	02.08.04.005-6	10	R\$ 600,00	(.....)
253	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) ESTÁTICA	02.08.04.005-6	8	R\$ 350,00	(.....)
254	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	02.08.04.006-4	10	R\$ 380,00	(.....)
255	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	02.08.04.007-2	10	R\$ 380,00	(.....)
LOTE 16 - MEDICINA DO TRABALHO					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
256	EXAME ABONO DE ATESTADO	03.01.01.005-6	368	R\$ 60,00	(.....)
257	EXAME ADMISSIONAL	03.01.01.005-6	272	R\$ 60,00	(.....)
258	EXAME DEMISSIONAL	03.01.01.005-6	172	R\$ 60,00	(.....)
259	EXAME PERICIA MÉDICA PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO	03.01.01.005-6	160	R\$ 90,00	(.....)
260	EXAME PERÍCIA MÉDICA PARA MUDANÇA DE FUNÇÃO OU REMANEJAMENTO FUNCIONAL	03.01.01.005-6	175	R\$ 90,00	(.....)

261	EXAME PERIÓDICO	03.01.01.005-6	67	R\$ 60,00	(.....)
262	EXAME RETORNO AO TRABALHO	03.01.01.005-6	77	R\$ 60,00	(.....)
263	MUDANÇA DE FUNÇÃO	03.01.01.005-6	126	R\$ 60,00	(.....)
LOTE 17 - OFTALMOLOGIA (EXAME)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
264	ANESTESIA GERAL PARA EXAMES OFTALMOLÓGICOS (CRIANÇA E ADULTO)	04.17.01.004-4	100	R\$ 1.000,00	(.....)
265	BIOMETRIA DE COERENCIA OPTICA (IOL MASTER) - OD	02.11.06.028-3	120	R\$ 100,00	(.....)
266	BIOMETRIA DE COERENCIA OPTICA (IOL MASTER) - OE	02.11.06.028-3	120	R\$ 100,00	(.....)
267	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (ECO A) – OD	02.11.06.001-1	240	R\$ 130,00	(.....)
268	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (ECO A) – OE	02.11.06.001-1	240	R\$ 130,00	(.....)
269	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OD	02.11.06.002-0	240	R\$ 90,00	(.....)
270	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OE	02.11.06.002-0	200	R\$ 90,00	(.....)
271	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - OE	02.11.06.003-8	240	R\$ 86,00	(.....)
272	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA- OD	02.11.06.003-8	240	R\$ 86,00	(.....)
273	CERATOMETRIA - OD	02.11.06.005-4	100	R\$ 92,00	(.....)
274	CERATOMETRIA - OE	02.11.06.005-4	100	R\$ 92,00	(.....)
275	CHECK UP NEURO OFTALMO- AO	02.11.06.023-2	80	R\$ 300,00	(.....)
276	CHECK-UP DE ESTRABISMO COM SINOPTOFORO / TESTE ORTÓPTICO- AO	02.11.06.023-2	80	R\$ 200,00	(.....)
277	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) - OD	02.11.06.006-2	80	R\$ 100,00	(.....)
278	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) - OE	02.11.06.006-2	80	R\$ 100,00	(.....)
279	FUNDOSCOPIA - OD	02.11.06.010-0	120	R\$ 70,00	(.....)
280	FUNDOSCOPIA - OE	02.11.06.010-0	120	R\$ 70,00	(.....)
281	GONIOSCOPIA - AO	02.11.06.011-9	160	R\$ 95,00	(.....)
282	MAPEAMENTO DA RETINA - OE	02.11.06.012-7	160	R\$ 50,00	(.....)
283	MAPEAMENTO DA RETINA - OD	02.11.06.012-7	160	R\$ 50,00	(.....)
284	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MEC) - OD	02.11.06.014-3	160	R\$ 85,00	(.....)
285	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MEC) - OE	02.11.06.014-3	160	R\$ 85,00	(.....)
286	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - OD	02.05.02.002-0	160	R\$ 50,00	(.....)
287	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - OE	02.05.02.002-0	180	R\$ 50,00	(.....)
288	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) - OE	02.11.06.015-1	140	R\$ 30,00	(.....)
289	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) - OD	02.11.06.015-1	120	R\$ 30,00	(.....)
290	RETINOGRAFIA COLORIDA - OD	02.11.06.017-8	160	R\$ 50,00	(.....)
291	RETINOGRAFIA COLORIDA - OE	02.11.06.017-8	160	R\$ 50,00	(.....)
292	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE - AO	02.11.06.018-6	100	R\$ 150,00	(.....)
293	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE - OE	02.11.06.018-6	120	R\$ 125,00	(.....)
294	SEDAÇÃO PARA EXAMES OFTALMOLÓGICOS (ADULTO)	04.17.01.004-4	80	R\$ 365,00	(.....)
295	TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO - AO	02.11.06.024-0	50	R\$ 40,00	(.....)
296	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) - OD	02.11.06.028-3	80	R\$ 150,00	(.....)
297	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) - OE	02.11.06.028-3	80	R\$ 150,00	(.....)
298	TOMOGRAFIA SEGMENTO ANTERIOR POR PENTACAM - OD	02.11.06.026-7	120	R\$ 100,00	(.....)

299	TOMOGRÁFIA SEGMENTO ANTERIOR POR PENTACAM - OE	02.11.06.026-7	120	R\$ 100,00	(.....)
300	TONOMETRIA - AO	02.11.06.025-9	100	R\$ 50,00	(.....)
301	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA) -OD	02.11.06.026-7	120	R\$ 40,00	(.....)
302	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA) -OE	02.11.06.026-7	120	R\$ 40,00	(.....)
303	ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (ECO B) - OE	02.05.02.008-9	80	R\$ 100,00	(.....)
304	ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (ECO B) -OD	02.05.02.008-9	80	R\$ 100,00	(.....)
LOTE 18 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA PALPEBRAS E CONJUNTIVA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
305	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR E/OU INFERIOR - AO	04.05.01.018-4	10	R\$ 3.000,00	(.....)
306	COLA BIOLÓGICA PARA USO EM CIRURGIA DE PTERIGIO - OD	04.05.01.010-9	8	R\$ 750,00	(.....)
307	COLA BIOLÓGICA PARA USO EM CIRURGIA DE PTERIGIO - OE	04.05.01.010-9	80	R\$ 750,00	(.....)
308	EPIILAÇÃO A LASER - OD	04.05.01.005-2	10	R\$ 400,00	(.....)
309	EPIILAÇÃO A LASER - OE	04.05.01.005-2	10	R\$ 400,00	(.....)
310	EPIILAÇÃO DE CÍLIOS - OD	04.05.01.006-0	8	R\$ 300,00	(.....)
311	EPIILAÇÃO DE CÍLIOS - OE	04.05.01.006-0	8	R\$ 300,00	(.....)
312	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS - OD	04.05.01.007-9	10	R\$ 800,00	(.....)
313	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS - OE	04.05.01.007-9	10	R\$ 800,00	(.....)
314	EXERESE DE PTERIGIO COM TRANSPLANTE CONJUNTIVAL - OD	04.05.05.036-4	20	R\$ 1.000,00	(.....)
315	EXERESE DE PTERIGIO COM TRANSPLANTE CONJUNTIVAL - OE	04.05.05.036-4	20	R\$ 1.000,00	(.....)
316	EXERESE DE PTERIGIO COM USO DE MEMBRANA AMINIÓTICA - OD	04.05.05.036-4	20	R\$ 1.500,00	(.....)
317	EXERESE DE PTERIGIO COM USO DE MEMBRANA AMINIÓTICA - OE	04.05.05.036-4	20	R\$ 1.700,00	(.....)
318	EXERESE DE PTERIGIO RECIDIVADO - OD	04.05.05.036--4	10	R\$ 1.500,00	(.....)
319	EXERESE DE PTERIGIO RECIDIVADO - OE	04.05.05.036--4	10	R\$ 1.500,00	(.....)
320	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA - OD	04.05.05.008-9	8	R\$ 1.200,00	(.....)
321	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA - OE	04.05.05.008-9	8	R\$ 1.200,00	(.....)
322	EXERESE DE TUMOR PALPEBRAL - OD	04..05.05.008-9	8	R\$ 1.000,00	(.....)
323	EXERESE DE TUMOR PALPEBRAL - OE	04..05.05.008-9	8	R\$ 1.000,00	(.....)
324	PUNCTOPLASTIA - OD	04.05.01.020-6	8	R\$ 1.000,00	(.....)
325	PUNCTOPLASTIA - OE	04.05.01.020-6	8	R\$ 1.000,00	(.....)
326	RECONSTITUIÇÃO DO CANAL LACRIMAL - OD	04.05.01.011-7	10	R\$ 740,00	(.....)
327	RECONSTITUIÇÃO DO CANAL LACRIMAL - OE	04.05.01.011-7	10	R\$ 740,00	(.....)
328	SIMBLEFAROPLASTIA - OD	04.05.01.014-1	12	R\$ 1.500,00	(.....)
329	SIMBLEFAROPLASTIA - OE	04.05.01.014-1	12	R\$ 1.500,00	(.....)
330	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - OD	04.05.01.016-8	10	R\$ 500,00	(.....)

331	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS - OE	04.05.01.016-8	10	R\$ 500,00	(.....)
332	TRATAMENTO PTOSE PALPEBRAL - OD	04.05.04.020-2	10	R\$ 2.500,00	(.....)
333	TRATAMENTO PTOSE PALPEBRAL - OE	04.05.04.020-2	10	R\$ 2.500,00	(.....)
LOTE 19- OFTALMOLOGIA CIRURGIA À LASER (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
334	CAPSULOTOMIA A YAG LASER – (SESSÃO) - OD	04.05.05.002-0	24	R\$ 250,00	(.....)
335	CAPSULOTOMIA A YAG LASER – (SESSÃO) - OE	04.05.05.002-0	24	R\$ 250,00	(.....)
336	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (SESSÃO) - OD	04.05.03.004-5	20	R\$ 300,00	(.....)
337	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (SESSÃO) - OE	04.05.03.004-5	20	R\$ 300,00	(.....)
338	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO POR APLICAÇÃO - OD	04.05.03.005-3	10	R\$ 1.500,00	(.....)
339	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO POR APLICAÇÃO - OE	04.05.03.005-3	10	R\$ 1.500,00	(.....)
340	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM (VEGF)POR APLICAÇÃO - OD	04.05.03.005-3	10	R\$ 1.000,00	(.....)
341	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM (VEGF)POR APLICAÇÃO - OE	04.05.03.005-3	10	R\$ 1.000,00	(.....)
342	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM LUCENTIS POR APLICAÇÃO - OD	04.05.03.005-3	10	R\$ 3.800,00	(.....)
343	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM LUCENTIS POR APLICAÇÃO - OE	04.05.03.005-3	10	R\$ 3.800,00	(.....)
344	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM OZURDEX POR APLICAÇÃO - OD	04.05.03.005-3	10	R\$ 4.880,00	(.....)
345	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM OZURDEX POR APLICAÇÃO - OE	04.05.03.005-3	10	R\$ 4.880,00	(.....)
346	INJEÇÃO INTRA-VITREO EYLEA (AFIBERCEPT) - OD	04.05.03.005-3	10	R\$ 4.780,00	(.....)
347	INJEÇÃO INTRA-VITREO EYLEA (AFIBERCEPT) - OE	04.05.03.005-3	10	R\$ 4.760,00	(.....)
348	IRIDOTOMIA A LASER (SESSÃO) - OD	04.05.05.019-4	8	R\$ 300,00	(.....)
349	IRIDOTOMIA A LASER (SESSÃO) - OE	04.05.05.019-4	8	R\$ 300,00	(.....)
350	PAN - FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA À LASER (3 SESSÕES) - OD	04.05.03.019-3	20	R\$ 880,00	(.....)
351	PAN - FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA À LASER (3 SESSÕES) - OE	04.05.03.019-3	20	R\$ 880,00	(.....)
LOTE 20 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA RETINA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
352	REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	04.05.03.023-1	4	R\$ 2.500,00	(.....)
353	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OD	04.05.03.022-3	4	R\$ 3.500,00	(.....)
354	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE - OE	04.05.03.022-3	5	R\$ 3.500,00	(.....)
355	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OD	04.05.03.021-5	5	R\$ 3.000,00	(.....)
356	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA - OE	04.05.03.021-5	5	R\$ 3.000,00	(.....)
357	VITRECTOMIA ANTERIOR - OD	04.05.03.013-4	4	R\$ 6.000,00	(.....)
358	VITRECTOMIA ANTERIOR - OE	04.05.03.013-4	4	R\$ 6.000,00	(.....)
359	VITRECTOMIA POSTERIOR - OD	04.05.03.014-2	4	R\$ 6.500,00	(.....)
360	VITRECTOMIA POSTERIOR - OE	04.05.03.014-2	4	R\$ 6.500,00	(.....)

361	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OD	04.05.03.017-7	4	R\$ 6.800,00	(.....)
362	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER - OE	04.05.03.017-7	4	R\$ 6.800,00	(.....)
LOTE 21 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA CÓRNEA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
363	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO INTRA-OCULAR - OD	04.05.05.009-7	50	R\$ 1.200,00	(.....)
364	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO INTRA-OCULAR - OE	04.05.05.009-7	50	R\$ 1.200,00	(.....)
365	FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO INTRA-OCULAR - OD	04.05.05.010-0	10	R\$ 1.400,00	(.....)
366	FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO INTRA-OCULAR - OE	04.05.05.010-0	10	R\$ 1.400,00	(.....)
367	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRÁVEL - OD	04.05.05.037-2	50	R\$ 1.775,00	(.....)
368	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRÁVEL - OE	04.05.05.037-2	50	R\$ 1.775,00	(.....)
369	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA - OD	04.05.05.011-9	50	R\$ 1.775,00	(.....)
370	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA - OE	04.05.05.011-9	50	R\$ 1.775,00	(.....)
371	IMPLANTE INTRA ESTROMAL (ANEL DE FERRARA) - OD	04.05.05.014-3	8	R\$ 3.500,00	(.....)
372	IMPLANTE INTRA ESTROMAL (ANEL DE FERRARA) - OE	04.05.05.014-3	8	R\$ 3.500,00	(.....)
373	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO – OD	04.05.05.015-1	8	R\$ 2.300,00	(.....)
374	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO - OE	04.05.05.015-1	8	R\$ 2.300,00	(.....)
375	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA - OD	04.05.05.017-8	10	R\$ 400,00	(.....)
376	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA - OE	04.05.05.017-8	10	R\$ 400,00	(.....)
377	IRIDOPLASTIA - OD	04.05.05.019-4	8	R\$ 850,00	(.....)
378	IRIDOPLASTIA - OE	04.05.05.019-4	8	R\$ 850,00	(.....)
379	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA - OD	04.05.05.025-9	8	R\$ 700,00	(.....)
380	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA - OE	04.05.05.025-9	8	R\$ 700,00	(.....)
381	TRABECULECTOMIA (TREC) - OD	04.05.05.032-1	12	R\$ 2.400,00	(.....)
382	TRABECULECTOMIA (TREC) - OE	04.05.05.032-1	12	R\$ 2.400,00	(.....)
383	TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO - OD	04.05.05.035-6	12	R\$ 2.500,00	(.....)
384	TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO - OE	04.05.05.035-6	12	R\$ 2.500,00	(.....)
LOTE 22 - OFTALMOLOGIA CIRURGIA ESTRABISMO (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
385	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS) - OD	04.05.02.001-5	8	R\$ 2.500,00	(.....)
386	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS) - OE	04.05.02.001-5	8	R\$ 2.500,00	(.....)

387	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) - OD	04.05.02.002-3	8	R\$ 2.500,00	(.....)
388	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) - OE	04.05.02.002-3	8	R\$ 2.500,00	(.....)
LOTE 23 – OTORRINOLARINGOLOGIA (INCLUSO PACOTE CIRURGIÃO + HOSPITAL + ANESTESISTA)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
389	AMIGDALECTOMIA (INFANTIL ATÉ 12 ANOS)	04.04.01.002-4	12	R\$ 2.150,00	(.....)
390	ADENOIDECTOMIA (INFANTIL ATÉ 12 ANOS)	04.04.01.001-6	12	R\$ 2.083,00	(.....)
391	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA (A+A) (INFANTIL ATÉ 12 ANOS)	04.04.01.003-2	12	R\$ 2.400,00	(.....)
392	FIBRONASOFARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	80	R\$ 100,00	(.....)
393	FIBRONASOLARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	80	R\$ 100,00	(.....)
394	POLIPECTOMIA NASAL	02.09.04.002-5	8	R\$ 1.500,00	(.....)
395	SEPTOPLASTIA (PARA CORREÇÃO DE DESVIO SEPTO NASAL)	04.04.01.048-2	10	R\$ 3.017,00	(.....)
396	TESTE VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICO (VECTO)	02.11.07.035-1	12	R\$ 150,00	(.....)
397	TIMPANOPLASTIA (UNILATERAL / BILATERAL)	04.04.01.035-0	10	R\$ 3.500,00	(.....)
398	TURBINECTOMIA (CORNETOS NASAIS)	04.04.01.041-5	8	R\$ 2.949,00	(.....)
399	VIDEOLARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1	100	R\$ 140,00	(.....)
400	VIDEONASOFARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1	100	R\$ 140,00	(.....)
LOTE 24 - PNEUMOLOGIA (EXAME)					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
401	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	02.09.04.001-7	80	R\$ 200,00	(.....)
402	ESPIROMETRIA OU PROVA FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	02.11.08.005-5	50	R\$ 200,00	(.....)
403	ESPIROMETRIA OU PROVA FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES	02.11.08.006-3	80	R\$ 150,00	(.....)
404	PATCH-TESTE (TESTE ALÉRGICO DE CONTATO)	02.02.03.114-4	80	R\$ 200,00	(.....)
405	PRIK-TESTE (TESTE CUTÂNEO DE LEITURA IMEDIATA)	02.02.03115-2	80	R\$ 200,00	(.....)
LOTE 25 - RADIODIAGNÓSTICO					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
406	ARTROGRAFIA	02.04.06.001-0	12	R\$ 2.000,00	(.....)
407	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	02.04.06.002-8	100	R\$ 120,00	(.....)
408	ESCANOMETRIA BILATERAL	02.04.06.003-6	20	R\$ 150,00	(.....)
409	INCIDÊNCIA ADICIONAL (COLUNAS)	02.04.02.006-9	20	R\$ 37,00	(.....)
410	INCIDÊNCIA ADICIONAL (CRÂNIO OU FACE)	02.04.01.008-0	20	R\$ 22,00	(.....)
411	INCIDÊNCIA ADICIONAL (MEMBRO INFERIOR)	02.04.06.010-9	20	R\$ 22,00	(.....)
412	INCIDÊNCIA ADICIONAL (MEMBRO SUPERIOR)	02.04.04.006-0	20	R\$ 22,00	(.....)
413	INCIDÊNCIA ADICIONAL (TÓRAX, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES)	02.04.01.008-0	20	R\$ 37,00	(.....)
414	MAMOGRAFIA BILATERAL	02.04.03.003-0	200	R\$ 90,00	(.....)

415	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	02.04.06.004-4	10	R\$ 300,00	(.....)
416	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	02.04.06.005-2	10	R\$ 300,00	(.....)
417	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.006-9	160	R\$ 54,00	(.....)
418	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.008-5	80	R\$ 87,00	(.....)
419	RADIOGRAFIA DE TÓRAX(PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.013-7	200	R\$ 45,00	(.....)
420	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	02.04.01.003-9	80	R\$ 96,00	(.....)
421	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 44,00	(.....)
422	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 44,00	(.....)
423	RADIOGRAFIA DE MÃO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.009-4	100	R\$ 44,00	(.....)
424	RADIOGRAFIA DE MÃO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.009-4	100	R\$ 44,00	(.....)
425	RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO (MINIMO 3 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.012-0	100	R\$ 45,00	(.....)
426	RADIOGRAFIA DE ABDOMEM SIMPLES (AP) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.013-8	100	R\$ 55,00	(.....)
427	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.011-1	80	R\$ 86,00	(.....)
428	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	02.04.01.004-7	80	R\$ 89,00	(.....)
429	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.002-7	80	R\$ 80,00	(.....)
430	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.002-7	80	R\$ 80,00	(.....)
431	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL QUADRIL - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	80	R\$ 50,00	(.....)
432	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL QUADRIL - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	80	R\$ 50,00	(.....)
433	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.003-5	80	R\$ 50,00	(.....)
434	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.003-5	80	R\$ 50,00	(.....)
435	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.004-3	80	R\$ 50,00	(.....)
436	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.004-3	80	R\$ 50,00	(.....)
437	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.005-5	80	R\$ 50,00	(.....)
438	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA - TORNOZELO ESQUERDO - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.008-7	80	R\$ 50,00	(.....)
439	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA - TORNOZELO DIREITO - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.008-7	80	R\$ 50,00	(.....)
440	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACRO-ILÍACA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.007-9	100	R\$ 50,00	(.....)
441	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES SACRO-ILÍACA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.007-9	100	R\$ 50,00	(.....)
442	RADIOGRAFIA DE BACIA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.009-5	100	R\$ 50,00	(.....)

443	RADIOGRAFIA DE BRAÇO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 50,00	(.....)
444	RADIOGRAFIA DE BRAÇO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.001-9	100	R\$ 50,00	(.....)
445	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.010-9	100	R\$ 50,00	(.....)
446	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.010-9	100	R\$ 50,00	(.....)
447	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) - (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.006-3	100	R\$ 50,00	(.....)
448	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.006-0	80	R\$ 50,00	(.....)
449	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.006-0	80	R\$ 50,00	(.....)
450	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.003-4	160	R\$ 50,00	(.....)
451	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.005-0	50	R\$ 80,00	(.....)
452	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.009-3	50	R\$ 55,00	(.....)
453	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCO-LOMBAR DINÂMICA (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.02.011-5	50	R\$ 80,00	(.....)
454	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.007-2	50	R\$ 50,00	(.....)
455	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	100	R\$ 50,00	(.....)
456	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.006-0	100	R\$ 50,00	(.....)
457	RADIOGRAFIA DE COXA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.011-7	100	R\$ 50,00	(.....)
458	RADIOGRAFIA DE COXA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.011-7	100	R\$ 50,00	(.....)
459	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.008-0	100	R\$ 50,00	(.....)
460	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.008-6	100	R\$ 50,00	(.....)
461	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.008-6	100	R\$ 50,00	(.....)
462	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.011-6	80	R\$ 50,00	(.....)
463	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.011-6	80	R\$ 50,00	(.....)
464	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.03.009-9	50	R\$ 50,00	(.....)
465	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.012-5	50	R\$ 50,00	(.....)
466	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.012-5	50	R\$ 50,00	(.....)
467	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.013-3	50	R\$ 50,00	(.....)
468	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.013-3	50	R\$ 50,00	(.....)
469	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - DIREITO	02.04.06.014-1	50	R\$ 80,00	(.....)
470	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - ESQUERDO	02.04.06.014-1	50	R\$ 80,00	(.....)
471	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA) - BILATERAL	02.04.04.010-8	120	R\$ 85,00	(.....)
472	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1	50	R\$ 50,00	(.....)

473	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	02.04.01.011-0	60	R\$ 50,00	(.....)
474	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.012-8	50	R\$ 50,00	(.....)
475	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.015-0	50	R\$ 50,00	(.....)
476	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.015-0	50	R\$ 50,00	(.....)
477	RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.016-8	50	R\$ 50,00	(.....)
478	RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.06.016-8	50	R\$ 50,00	(.....)
479	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.012-4	50	R\$ 50,00	(.....)
480	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.04.012-4	50	R\$ 50,00	(.....)
481	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.014-4	50	R\$ 50,00	(.....)
482	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA+LATERAL+BRETTON) (2 INCIDÊNCIAS)	02.04.01.015-2	50	R\$ 50,00	(.....)
483	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	02.04.02.013-1	50	R\$ 100,00	(.....)
484	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	02.04.06.017-6	50	R\$ 150,00	(.....)

LOTE 26 - RADIODIAGNÓSTICO CONTRASTADO

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
485	CLITER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	10	R\$ 400,00	(.....)
486	COLANGIOGRAFIA PÓS OPERATÓRIA	02.04.05.003-0	12	R\$ 450,00	(.....)
487	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	02.04.05.006-5	12	R\$ 400,00	(.....)
488	MIELOGRAFIA	02.04.02.001-8	12	R\$ 600,00	(.....)
489	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO (ESOFAGOGRAMA)	02.04.03.008-0	40	R\$ 300,00	(.....)
490	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (REED)	02.04.05.014-6	50	R\$ 280,00	(.....)
491	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	02.04.05.015-4	40	R\$ 316,00	(.....)
492	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	02.04.01.019-5	30	R\$ 500,00	(.....)
493	URETROCISTOGRAFIA	02.04.05.017-0	30	R\$ 380,00	(.....)
494	UROGRAFIA VENOSA	02.04.05.018-9	24	R\$ 400,00	(.....)

LOTE 27 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
495	ANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (POR SEGMENTO)	02.10.01.001-0	8	R\$ 778,00	(.....)
496	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	8	R\$ 650,00	(.....)
497	ANGIORESSONÂNCIA DE ABDÔMEM SUPERIOR	02.07.03.001-4	8	R\$ 515,00	(.....)
498	ANGIORESSONÂNCIA DE AORTA/ABDOMINAL	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	(.....)
499	ANGIORESSONÂNCIA DE PELVE	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	(.....)
500	ANGIORESSONÂNCIA DE PESCOÇO	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	(.....)
501	ANGIORESSONÂNCIA DE TÓRAX	02.07.01.001-3	8	R\$ 600,00	(.....)
502	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN TOTAL	02.07.03.001-4	40	R\$ 900,00	(.....)
503	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	24	R\$ 500,00	(.....)

504	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
505	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	16	R\$ 515,00	(.....)
506	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	16	R\$ 515,00	(.....)
507	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	16	R\$ 515,00	(.....)
508	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
509	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO -DIREITO	02.07.02.002-7	12	R\$ 515,00	(.....)
510	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR- ATM (BILATERAL)	02.07.01.002-1	16	R\$ 515,00	(.....)
511	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PELVE /ABDOME INFERIOR	02.07.03.002-2	20	R\$ 515,00	(.....)
512	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
513	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
514	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA COM CINE	02.07.02.001-9	10	R\$ 1.000,00	(.....)
515	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
516	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
517	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
518	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	02.07.01.006-4	100	R\$ 515,00	(.....)
519	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
520	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
521	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS BILATERAL	02.07.02.003-5	10	R\$ 800,00	(.....)
522	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
523	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
524	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO - DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
525	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
526	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
527	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
528	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÊNIS	02.07.03.002-2	8	R\$ 515,00	(.....)
529	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - DIREITO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
530	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - ESQUERDO	02.07.03.003-0	16	R\$ 515,00	(.....)
531	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL - ESQUERDO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
532	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL-DIREITO	02.07.02.002-7	16	R\$ 515,00	(.....)
533	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO - DIREITO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	(.....)
534	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO - ESQUERDO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	(.....)
535	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	24	R\$ 515,00	(.....)
536	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	24	R\$ 550,00	(.....)
537	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO - DIREITO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	(.....)
538	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO - ESQUERDO	02.07.03.003-0	8	R\$ 515,00	(.....)
539	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES /COLANGIORESSONÂNCIA	02.07.03.004-9	24	R\$ 515,00	(.....)
540	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA DE MAGNÉTICA	04.17.01.006-0	100	R\$ 150,00	(.....)

LOTE 28 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
541	ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	02.10.01.003-7	12	R\$ 630,00	(.....)
542	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	02.10.01.003-7	12	R\$ 520,00	(.....)
543	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL VENOSA	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
544	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
545	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	02.10.01.003-7	12	R\$ 440,00	(.....)
546	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	02.10.01.003-7	12	R\$ 690,00	(.....)
547	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	02.10.01.003-7	12	R\$ 400,00	(.....)
548	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	02.10.01.003-7	12	R\$ 410,00	(.....)
549	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.10.01.003-7	12	R\$ 400,00	(.....)
550	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	02.10.01.003-7	12	R\$ 410,00	(.....)
551	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA	04.17.01.006-0	95	R\$ 150,00	(.....)
552	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	02.06.03.001-0	120	R\$ 510,00	(.....)
553	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN INFERIOR/BACIA/PELVE	02.06.03.003-7	80	R\$ 319,00	(.....)
554	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - DIREITO	02.06.02.001-5	50	R\$ 240,00	(.....)
555	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	40	R\$ 240,00	(.....)
556	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - DIREITO	02.06.03.002-9	40	R\$ 240,00	(.....)
557	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL - ESQUERDO	02.06.03.002-9	40	R\$ 240,00	(.....)
558	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO	02.06.02.001-5	10	R\$ 240,00	(.....)
559	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO	02.06.02.001-5	10	R\$ 240,00	(.....)
560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
561	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
562	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
563	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO OMBRO -ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
564	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
565	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
566	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - DIREITO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
567	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS - ESQUERDO	02.06.02.001-5	30	R\$ 240,00	(.....)
568	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)
569	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	30	R\$ 240,00	(.....)

570	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.001-0	50	R\$ 240,00	(.....)
571	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.002-8	50	R\$ 240,00	(.....)
572	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE ATÉ 3 SEGMENTOS	02.06.01.003-6	50	R\$ 240,00	(.....)
573	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9	200	R\$ 240,00	(.....)
574	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM JANELA ÓSSEA E RECONSTRUÇÃO 3D	02.06.01.007-9	40	R\$ 410,00	(.....)
575	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDÍBULA	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	(.....)
576	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	02.06.01.004-4	30	R\$ 240,00	(.....)
577	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLÂNDULAS SALIVARES, GLÂNGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREÓIDE)	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	(.....)
578	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	60	R\$ 300,00	(.....)
579	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	02.06.01.005-2	30	R\$ 250,00	(.....)
580	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	02.06.02.003-1	150	R\$ 347,00	(.....)
581	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	50	R\$ 50,00	(.....)
582	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
583	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
584	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
585	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRAÇO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
586	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
587	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
588	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
589	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MÃO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
590	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
591	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PÉ -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
592	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
593	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	30	R\$ 240,00	(.....)
594	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	02.06.01.006-0	50	R\$ 240,00	(.....)
595	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0	20	R\$ 400,00	(.....)

596	TOMOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS (UROTOMOGRAFIA)	02.06.03.003-7	20	R\$ 400,00	(.....)
597	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	02.06.01.009-5	12	R\$ 2.100,00	(.....)
LOTE 29 - ULTRASSONOGRAFIA					
ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	QUANT.	VALOR Á CONTRATAR	MARCAR COM (X)
598	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO ULTRASSON	04.17.01.006-0	50	R\$ 170,00	(.....)
599	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	02.05.01.005-9	40	R\$ 180,00	(.....)
600	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA COM BIOPSIA GUIADA DE US	02.01.01.054-2	50	R\$ 400,00	(.....)
601	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS	02.05.02.007-0	60	R\$ 80,00	(.....)
602	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS)	02.05.02.012-7	60	R\$ 93,00	(.....)
603	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE (GLÂNDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS) COM DOPPLER	02.05.02.012-7	50	R\$ 98,50	(.....)
604	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	02.05.02.003-8	60	R\$ 80,00	(.....)
605	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.05.02.003-8	60	R\$ 75,00	(.....)
606	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AB. SUPERIOR + AB. INFERIOR)	02.05.02.004-6	240	R\$ 90,00	(.....)
607	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
608	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
609	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
610	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
611	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
612	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO JOELHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
613	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
614	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO MÃO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
615	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - DIREITO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
616	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO OMBRO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	40	R\$ 80,00	(.....)
617	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - DIREITO	02.05.02.006-2	20	R\$ 80,00	(.....)
618	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PANTURILHA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	20	R\$ 80,00	(.....)
619	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - DIREITO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
620	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PÉ - ESQUERDO	02.05.02.006-2	50	R\$ 80,00	(.....)
621	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
622	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO PUNHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)

623	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
624	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO TORNOZELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 80,00	(.....)
625	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	40	R\$ 80,00	(.....)
626	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.02.007-0	40	R\$ 120,00	(.....)
627	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MUSCÚLO/TENDÕES)	02.05.02.012-7	40	R\$ 120,00	(.....)
628	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	50	R\$ 120,00	(.....)
629	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (NÓDULOS, TUMORES, ABCESSOS, LINFONODOMEGALIAS)	02.05.02.012-7	50	R\$ 80,00	(.....)
630	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	60	R\$ 80,00	(.....)
631	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANS-RETAL)	02.05.02.011-9	40	R\$ 120,00	(.....)
632	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDÍACA)	02.05.02.013-5	40	R\$ 100,00	(.....)
633	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINÁRIAS)	02.05.02.005-4	100	R\$ 100,00	(.....)
634	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	02.05.01.004-0	40	R\$ 120,00	(.....)
635	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	02.05.01.004-0	40	R\$ 200,00	(.....)
636	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE APARELHO URINÁRIO (RIM TRANSPLANTADO)	02.05.01.004-0	30	R\$ 180,00	(.....)
637	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER FIGADO E VASOS HEPÁTICO	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	(.....)
638	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLERFLUXOMETRIA FETAL	02.05.01.005-9	30	R\$ 170,00	(.....)
639	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
640	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
641	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSD	02.05.01.004-0	50	R\$ 170,00	(.....)
642	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN ARTERIAL MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
643	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN DOS VASOS ABDOMINAIS	02.05.01.004-0	30	R\$ 200,00	(.....)
644	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MID	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
645	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MIE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
646	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSD	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
647	ULTRASSONOGRRAFIA DUPLEX SCAN VENOSO MSE	02.05.01.004-0	30	R\$ 170,00	(.....)
648	ULTRASSONOGRRAFIA ENDORETAL COM BIOPSIA	02.01.01.054-2	20	R\$ 200,00	(.....)
649	ULTRASSONOGRRAFIA HISTEROSONOGRRAFIA 5º AO 11º DIA DO CICLO MENSTRUAL	02.05.02.018-6	20	R\$ 200,00	(.....)
650	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	02.05.01.005-9	50	R\$ 120,00	(.....)
651	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR 1ª, 2ª E 3ª TRIMESTRE (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	30	R\$ 200,00	(.....)
652	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM PBF (DOIS FETOS)	02.05.02.014-3	20	R\$ 200,00	(.....)
653	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MARCADORES CROMOSSÔMICOS	02.05.01.005-9	20	R\$ 170,00	(.....)
654	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL	02.05.01.005-9	20	R\$ 200,00	(.....)

655	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL COM DOPPLER	02.05.01.005-9	20	R\$ 320,00	(.....)
656	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL GEMELAR (DOIS FETOS)	02.05.01.005-9	20	R\$ 300,00	(.....)
657	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICO FETAL GEMELAR COM DOPPLER (DOIS FETOS)	02.05.01.005-9	40	R\$ 320,00	(.....)
658	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA ROTINA	02.05.02.014-3	400	R\$ 80,00	(.....)
659	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO BIOFÍSICO FETAL	02.05.01.005-9	30	R\$ 110,00	(.....)
660	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA DIREITA)	02.01.01.058-5	20	R\$ 200,00	(.....)
661	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA ESQUERDA)	02.01.01.058-5	20	R\$ 200,00	(.....)
662	ULTRASSONOGRRAFIA PAAF DE TIREÓIDE GUIADA DE US	02.01.01.047-0	30	R\$ 200,00	(.....)
663	ULTRASSONOGRRAFIA PAREDE ABDOMINAL OU PAREDE TORÁCICA	02.05.02.004-6	40	R\$ 100,00	(.....)
664	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	120	R\$ 90,00	(.....)
665	ULTRASSONOGRRAFIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	02.01.01.060-7	10	R\$ 450,00	(.....)
666	ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO INGUINAL	02.05.01.004-0	40	R\$ 80,00	(.....)
667	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	40	R\$ 120,00	(.....)
668	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	02.05.01.005-9	40	R\$ 100,00	(.....)
669	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	02.05.02.018-6	200	R\$ 90,00	(.....)
670	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE	02.05.02.018-6	100	R\$ 180,00	(.....)

Local/Data..... de de..... de 2022

.....
Assinatura do representante legal da empresa