

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 010/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3429/2022
ID: 2022.501C2600010.18.0006

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE**, no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei 11.107/05, na Lei nº 8.666/93 e alterações, na Lei nº 8080/90, e demais legislações pertinentes, torna pública a realização de **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**, nos termos das condições estabelecidas neste edital.

O **RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO TERÁ INÍCIO A PARTIR DO DIA 25/11/2022 ENCERRANDO EM 13/12/2022**. A documentação deverá ser entregue na sede do consórcio situada no seguinte endereço: Av. João Quiuqui, nº 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min.

Os interessados em participar deste Chamamento Público deverão entregar a documentação no período acima descrito no parágrafo anterior.

1. DO OBJETO

1.1. O presente edital visa ao credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde aos municípios de Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Mantena/MG, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, Vila Pavão e Vila Valério, integrantes do CIM NOROESTE, nas especialidades indicadas neste Edital, conforme consta no **Apêndice II** que integra este instrumento.

1.2. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo consórcio, serão realizadas pelos membros da CPL em 02 sessões nos dias: **06/12/2022 e 14/12/2022**, com início dos trabalhos sempre no horário das 08h00min.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do consórcio, até o dia anterior a cada data pré-estabelecida neste item.

2. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:

2.2. Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas no **Apêndice II** deste Edital;

2.3. Preencham todos os requisitos deste Edital.

3. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados **em original**, ou por qualquer processo de **cópia autenticada** por cartório competente.

3.2. Os documentos que dependam de validade e que não contenham prazo de validade especificado no próprio documento, em Lei ou neste Edital, devem ser expedidos no máximo até 90 (noventa) dias antes da data da entrega da documentação ao consórcio.

4. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

4.1. Os interessados em participar do chamamento deverão apresentar a documentação em envelope fechado, no endereço indicado, como segue:

AO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 010/2022 – REGIÃO METROPOLITANA
CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOME DA EMPRESA: _____

5. DA DOCUMENTAÇÃO

Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

- a) Anexos I, II, III e IV deste Edital **preenchidos corretamente E ASSINADOS pelo responsável da Empresa;**
- b) Registro Comercial, no caso de empresa individual; ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e suas alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- d) Certidão Negativa ou positiva com efeitos de Negativa, de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014;
- e) Certidão negativa ou positiva com efeitos de Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais e Municipais relativas à sede do interessado;
- f) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- g) Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida nos últimos 45 (quarenta) dias, contados da publicação do edital, pelo distribuidor da comarca do interessado;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;
- i) Declaração assinada pelo representante legal da empresa, contendo o (s) nome (s) do (s) profissional (is) e as respectivas áreas/especialidades em que os profissionais realizarão os atendimentos/procedimentos, devendo apresentar as respectivas cópias autenticadas dos diplomas dos profissionais, devidamente reconhecidos pelo MEC, carteira profissional emitida pelo CRM, com certidão atualizada de quitação de sua anuidade, bem como apresentação dos títulos de suas especialidades (residência), quando se declararem especialistas, podendo prestar consultas e procedimentos em especialidades que comprovem pós graduação ou comprovante, por mais de dois anos, do exercício profissional na especialidade para a qual pretende prestar atendimento, desde que não assinem se declarando como especialistas, podendo realizar como exemplo: consultas em pediatria; consultas em geriatria; consultas em clínica médica, dentre outras;
- j) Alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente ou o protocolo de solicitação do mesmo, no caso de os serviços serem prestados em local próprio da empresa. Caso os serviços sejam prestados em outro local que não seja o da empresa a ser credenciada, deverá a mesma apresentar Declaração assinada pelo responsável legal do local onde os serviços serão prestados, acompanhada do respectivo Alvará Sanitário do local de prestação dos serviços. Caso os serviços sejam prestados diretamente nas unidades de saúde dos municípios consorciados (onde há essa possibilidade), a empresa deverá apresentar Declaração devidamente assinada pelo representante legal da empresa a ser credenciada, informando esta situação.
- k) Comprovante de inscrição da empresa no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), bem como, cadastro no CNES de todos os profissionais que atuam na empresa, com os respectivos procedimentos que os mesmos estão aptos a realizar.

6. DO PROCEDIMENTO

6.1. O Edital estará vigente no período de **25/11/2022 até 14/12/2022.**

6.2. Os interessados serão cadastrados por especialidade, segundo elementos constantes na documentação relacionada no presente instrumento.

6.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do interessado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste Edital ou descredenciado no caso de deixar de cumprir com as obrigações estabelecidas no termo de credenciamento constante do **Apêndice I**.

7. DOS CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

7.1. Os interessados que apresentarem toda a documentação exigida conforme estabelece este Edital serão cadastrados e poderão, posteriormente, serem convocados a assinarem o respectivo termo de credenciamento.

7.2. A empresa credenciada deverá disponibilizar todos os serviços ofertados pela mesma que constem da linha de cuidados da tabela de procedimentos do consórcio, sob pena de inabilitação ou de descredenciamento, caso venha a ser constatado que a empresa não aceitou credenciar todos os serviços que oferta no momento da seleção do presente edital, fazendo opção por aqueles que entendem que são mais bem remunerados.

8. DA REGULARIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

8.1. Toda a documentação apresentada pelo interessado ao CIM NOROESTE quando de sua habilitação ao Edital de Chamamento Público nº **010/2022** poderá, a qualquer momento, ser solicitada pelo CIM NOROESTE para fins de averiguação de sua regularidade, além da obrigação de sempre manter atualizado um telefone para contato e um endereço eletrônico.

9. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. Os serviços deverão ser prestados no estabelecimento do interessado, ou nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.

9.2. Ao CIM NOROESTE reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente, por meio de cada um dos municípios consorciados, a prestação dos serviços, podendo descredenciá-lo e rescindir o termo de credenciamento, em caso de má prestação de serviços verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

9.3. O agendamento dos serviços será realizado de acordo com a demanda dos municípios consorciados ao CIM NOROESTE.

9.4. Os serviços ora credenciados serão prestados em favor da população dos municípios consorciados ao CIM NOROESTE, conforme necessidades, disponibilidades financeiras e autorização de cada um dos entes consorciados.

9.5. Os serviços prestados pelo interessado deverão ser previamente autorizados e encaminhados pelo município responsável, por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM NOROESTE a cada um dos entes consorciados. Caso haja necessidade de complementação nos serviços inicialmente autorizados, tal complementação também precisará ser previamente autorizada, sob pena de ser inviabilizado o respectivo pagamento.

9.6. Os serviços prestados pelo interessado, só serão faturados após a informação do atendimento através do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM NOROESTE.

9.6.1. O sistema informatizado do CIM NOROESTE se encontrará disponível através do link <https://www.rgprestador.app>. O **LOGIN** e **SENHA** de acesso serão fornecidos após a conclusão do credenciamento.

9.6.2. Será obrigatória a informação da data e horário da prestação do serviço e o profissional habilitado

pelo interessado que executou o mesmo.

9.6.3. Será obrigatório o registro biométrico, através da digital do dedo do paciente atendido. O registro será feito no ato do atendimento do paciente dentro do sistema informatizado do CIM NOROESTE.

9.6..3.1. Ficará desobrigado o registro de biometria, os faturamentos inferiores a 20 (vinte) requisições.

9.6.3.2. Ficará a cargo do interessado, a aquisição de leitor biométrico de digital do dedo, necessário para o registro da biometria do paciente, para os casos enquadrados no **item 9.6.3.**

9.6.3.2. Para os atendimentos em que a biometria não for realizada, seja pelo disposto no Item **9.6.3.1** ou por problemas na identificação biométrica do paciente, deverá ser impressa a Declaração de Atendimento, disponível no sistema informatizado do CIM NOROESTE, assinada pelo paciente e pelo responsável do interessado e enviada ao CIM NOROESTE em anexo a NOTA FISCAL dos serviços prestados na competência.

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

10.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Edital, conforme o caso, o CIM NOROESTE poderá aplicar ao credenciado as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras medidas legais aplicáveis à espécie, garantida a prévia e a ampla defesa:

I - advertência;

II - multa de até dez por cento (10%) do valor do último faturamento mensal, salvo se a irregularidade decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo credenciado e acatado pelo CIM NOROESTE;

III - suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o CIM NOROESTE ou com qualquer de seus municípios consorciados por até dois (02) anos; e

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2. As sanções previstas no item 10.1, incisos III e IV, poderão também ser aplicadas às pessoas jurídicas que, dentre outras condutas:

a) injustificadamente retardarem a execução do objeto do termo de credenciamento;

b) injustificadamente não mantiverem as condições estabelecidas no Edital ou no termo de credenciamento;

c) fizerem declaração falsa ao CIM NOROESTE ou a qualquer de seus entes consorciados;

d) falharem ou fraudarem a execução do termo de credenciamento;

e) praticarem atos ilícitos visando a frustrar os objetivos deste Edital e/ou do termo de credenciamento;

f) demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

10.3. O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo CIM NOROESTE ao credenciado em razão dos serviços já prestados aos municípios consorciados em conformidade com as condições fixadas no termo de credenciamento.

11. DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO DOS TERMOS DE CREDENCIAMENTO

11.1 O prazo dos termos de credenciamento oriundos deste Edital será de até 12 (doze) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do CIM NOROESTE, mediante a celebração de Termo de Aditamento, pelo prazo de até sessenta (60) meses.

11.2. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao CIM NOROESTE os documentos atualizados constantes das letras “e” a “n” do Item 5 deste edital, referentes ao credenciado e ao local da prestação dos serviços.

12. DAS ALTERAÇÕES

Quaisquer das alterações dos termos de credenciamento serão objetos de Termo de Aditamento, na forma da legislação vigente, excetuando-se as alterações decorrentes dos itens 13 e 15 deste Edital.

13. DO VALOR DE DESEMBOLSO DOS SERVIÇOS:

Para os serviços a serem credenciados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo CIM NOROESTE constarão no **Apêndice II** que integra este instrumento, os quais serão automaticamente reajustados na mesma proporção e data da revisão de valores da **TVSPS**.

14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2022, a saber: CIM NOROESTE: Projeto/Atividade: 01101.1030200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico.

Elemento de despesa: 333.90.39.000 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

15. DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS

Os valores dos serviços objetos do termo de credenciamento constarão no **Apêndice II**, conforme Tabela de Valores dos Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM NOROESTE- TVSPS e passarão a ser parte integrante do presente termo de credenciamento, dos quais alguns serviços poderão sofrer alterações de valores ao longo da vigência do termo de credenciamento na forma prevista neste edital.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

16.1. Ao Presidente do CIM NOROESTE fica assegurado o direito de revogar ou anular o presente Edital em razão de interesse público, sem que caiba aos interessados quaisquer direitos a reclamação ou indenização.

16.2. O presente Edital poderá ser retirado ou consultado na sede do CIM NOROESTE, no horário das **08hs às 16hs**, na: Av. João Quiuqui, nº 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES. Demais informações podem ser solicitadas por e-mail cimnoroeste@hotmail.com ou no site: www.cimnoroeste.es.gov.br

16.3. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, lei federal 11.107/2005, lei federal 8.080/90 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.

16.4. Caso o CIM NOROESTE não se utilize da prerrogativa de rescindir o termo de credenciamento, ao seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que o Credenciado cumpra integralmente a condição da cláusula infringida, sem prejuízo da incidência das sanções previstas neste edital, na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

16.5. O licitante reconhece os direitos do CIM NOROESTE nos casos de rescisão previstas nos artigos 78 a 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

17. DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Águia Branca/ES para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Edital e dos instrumentos dele decorrentes.

Águia Branca (ES), 24 de novembro de 2022.

Walaques Pereira Correa
Presidente da CPL do CIM NOROESTE



Apêndice I

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Termo de Credenciamento da Empresa _____, para prestação de serviços Médicos ao **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE**.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE** adiante denominado "**CIM NOROESTE**", inscrito no CNPJ sob n.º 02.236.721/0001-20, com sede à Av. João Quiuqui, n 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES, representado legalmente pelo seu Presidente o **Sr. Sidiclei Giles de Andrade**, brasileiro, casado, médico, portador do CPF nº 031.582.787-40, doravante denominado simplesmente **CIM NOROESTE**, vem por este termo credenciar, a empresa denominada _____, com sede na cidade de _____, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado pelos seus sócios, o Sr. _____, brasileiro, casado, médico, portador do CPF de nº _____, doravante denominada simplesmente **CRENCIADA**, com embasamento legal no processo de Chamamento Público nº /....., lei federal 11.107/2005, lei federal 8.666/93, lei federal 8.080/90 e demais legislações aplicáveis, observando que as partes, comprometem-se a observância das cláusulas e das condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1 - O objeto do presente é a prestação de serviços de saúde constantes do Anexo Único que integra este instrumento, pela **CRENCIADA** à população dos municípios consorciados do **CIM NOROESTE**, na forma e condições das Clausulas seguintes.

1.2 - Os serviços acima referidos, se encontram descritos e serão pagos observando-se os valores constantes da Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE - TVSPS**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - Compete a **CRENCIADA**:

2.1.1 – Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado;

2.1.2 – Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;

2.1.3 - Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;

2.1.4 – Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames dentro do prazo de retorno fixado pelo **CIM NOROESTE**;

2.1.5 – Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos de CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;

2.1.6 - Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da **CRENCIADA**;

2.1.7 - Comunicar a **Central de Regulação Municipal – CRM (AMA)** os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;

2.1.8 - Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;

2.1.9 - Prestar ao **CIM NOROESTE**, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento.

2.1.10 – Observar no momento do atendimento o prazo de validade da autorização para realização dos serviços de saúde;

2.1.11 - Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;

2.1.12 – Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde disponibilizado pelo **CIM NOROESTE** sem ônus para a **CRENCIADA**, os atendimentos realizados;

2.1.13 – Enviar mensalmente ao **CIM NOROESTE** relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe do **CIM NOROESTE** e ou do município consorciado demandante dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

3.1 - A **CRENCIADA** se compromete à prestação dos serviços constantes do Anexo Único deste instrumento, nos valores definidos na tabela do **CIM NOROESTE**, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

3.2 - Os preços dos serviços poderão ser alterados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorrer modificação da Tabela de Serviços e procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE**.

CLÁUSULA QUARTA- DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 - O **CIM NOROESTE** pagará mensalmente à **CRENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

- a) Entre o dia 05 (cinco) até o dia 10 de cada mês, a **CRENCIADA** emitirá nota fiscal, contendo relatório discriminando o serviço prestado aos municípios consorciados, observando que o não cumprimento desta alínea adiará o pagamento dos serviços para a fatura do mês seguinte; devendo a **CRENCIADA** encaminhar as requisições faturadas para serem conciliadas pelo Consórcio até o dia 15 do mês em curso.
- b) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o **CIM NOROESTE** efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 15º dia útil do mês subsequente;
- c) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;
- d) Junto à nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;
- e) As divergências apuradas, mesmo após a realização do pagamento, deverão ser esclarecidas no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de realização descontos dos valores divergentes no pagamento de faturas seguintes ao mês em que ocorrer a constatação da divergência.

4.2 – No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da **CRENCIADA**, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos;

4.3 - Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

CLÁUSULA QUINTA – DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

5.1 - Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do **CIM NOROESTE**, nas rubricas abaixo identificadas:

Projeto/Atividade: 01101.1030200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico

Elemento de despesa: 333.90.39.000 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA SEXTA – DO AMPARO LEGAL

6.1 - O presente termo de credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

7.1 - O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do **CIM NOROESTE** até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA OITAVA – DO DESCREDECIMENTO

8.1 - Ocorrerá descredenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente termo;
- b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao **CIM NOROESTE**;
- c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do **CIM NOROESTE**, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do **CIM NOROESTE**, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE- TVSPS**.

8.2 - Quando o descredenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras "a" "b" e "c" a **CREDECENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM NOROESTE** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses.

8.3 - Caso o descredenciamento previsto no item 8.1 seja levada a efeito, caberá a **CREDECENCIADA**, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo descredenciamento, manter o atendimento aos usuários.

CLÁUSULA NONA – DAS RESPONSABILIDADES

9.1 – Compete a **CREDECENCIADA**:

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo **CIM NOROESTE**, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas aos seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o **CIM NOROESTE** de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;
- d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do **CIM NOROESTE**, sejam eles causados pela **CREDECENCIADA** por meio de seus empregados ou terceiros;
- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM NOROESTE**, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao **CIM NOROESTE**, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- g) Disponibilizar para o **CIM NOROESTE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

9.2 - Compete ao **CIM NOROESTE**:

- a) Avaliar, por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

10.1 - Os Serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo **CIM NOROESTE**, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 - Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

11.2 - A **CRENCIADA** autoriza o **CIM NOROESTE** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e seus usuários.

11.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CRENCIADA** operar com quaisquer outras instituições.

11.4 - Fica vedado a **CRENCIADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

11.5 - O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber às normas da Lei 8.666/93 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1 - Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Águia Branca/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Águia Branca/ES, ____ de _____ de _____.

CIM NOROESTE

CRENCIADA

TESTEMUNHAS: 1

2

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DO CIM NOROESTE – TVSPS
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 010/2022
Aprovada na Reunião da Câmara Setorial de Saúde do dia 08/11/2022

1 - PROCEDIMENTO CARDIOLÓGICO		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
1.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA	40,00	100	400,00
1.2	ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA	115,00	80	9.200,00
1.3	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	100,00	80	8.000,00
1.4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	125,00	50	6.250,00
1.5	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	125,00	50	6.250,00
1.6	ECODOPPLER C/ STRESS FARMACOLÓGICO	550,00	30	16.500,00
2 - PROCEDIMENTOS NEUROLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
2.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	40,00	100	4.000,00
2.2	ELETOENCEFALOGRAMA	45,00	80	3.600,00
2.3	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	65,00	60	3.900,00
2.4	ELETRONEUROMIOGRAMA (CADA MEMBRO)	140,00	40	5.600,00
2.5	POLISSONOGRAFIA	350,00	37	1.295,00
3 - PROCEDIMENTOS EM PNEUMOTOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
3.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	40,00	110	4.400,00
3.2	ESPIROMETRIA COM OU SEM BRONCODILATADOR	120,00	120	14.400,00
4 - PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
4.1	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	40,00	50	2.000,00
4.2	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA (ESTUDO URODINÂMICO)	480,00	30	14.400,00
4.3	UROFLUXOMETRIA	230,00	30	6.900,00
4.4	UROGRAFIA EXCRETORA	140,00	25	3.500,00
5 - PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
5.1	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	40,00	100	4.000,00
5.2	COLONOSCOPIA	335,00	40	13.400,00
5.3	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	115,00	95	10.925,00
5.4	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO APARELHO DIGESTIVO	150,00	15	2.250,00
5.5	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	150,00	15	2.250,00

5.6	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÓFAGO	235,00	15	3.525,00
5.7	LIGADURA ELÁSTICA	210,00	15	3.150,00
5.8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON	490,00	25	12.250,00
5.9	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA	85,00	22	1.870,00
5.10	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA C/ HEMOSTASIA	175,00	22	3.850,00
5.11	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL DIGITAL	275,00	25	6.875,00
5.12	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	70,00	30	2.100,00
5.13	TAMPONAMENTO DE VARIZES ESÓFAGO	210,00	15	3.150,00
6 - PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
6.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGISTA	40,00	40	1.600,00
6.2	OTC - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	235,00	21	4.935,00
6.3	CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO A.O. (CAMPIMETRIA)	60,00	40	2.400,00
6.4	BIOMETRIA (PRE OPERATÓRIO OFTALMOLOGIA DE CATARATA)	50,00	40	2.000,00
6.5	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (POR OLHO)	120,00	15	1.800,00
6.7	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA (02 OLHOS)	100,00	15	1.500,00
6.8	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR	60,00	40	2.400,00
6.9	FUNDOSCOPIA - EXAME DE FUNDO OCULAR POR OFTALMOSCOPIA DIRETA	60,00	40	2.400,00
6.10	CIRURGIA DE PTERÍGIO	700,00	30	21.000,00
6.11	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO OLHO	50,00	40	2.000,00
6.12	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (2 OLHOS)	150,00	40	6.000,00
6.13	MAPEAMENTO DE RETINA	60,00	40	2.400,00
6.14	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	85,00	35	2.975,00
6.15	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	140,00	20	2.800,00
6.16	GONIOSCOPIA	60,00	15	900,00
6.17	IRIDOTOMIA COM YAG LASER (POR OLHO)	120,00	15	1.800,00
6.18	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (2 OLHOS)	120,00	15	1.800,00
6.19	RETINOGRAFIA	60,00	35	2.100,00
6.20	TESTE ORTÓPTICO	60,00	15	900,00
6.21	TOPOGRAFIA	85,00	40	3.400,00
6.22	ECOGRAFIA - OFTALMOLÓGICA	80,00	40	3.200,00

7 - PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
7.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	40,00	60	2.400,00
7.2	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	75,00	20	1.500,00
7.3	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	35,00	20	700,00
7.4	AUDIOMETRIA VOCAL	35,00	20	700,00
7.5	AUDIOMETRIA VOCAL PESQUISA (FRI)	35,00	20	700,00
7.6	BERA	185,00	60	11.100,00
7.7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO	24,00	20	480,00
7.8	REMOÇÃO DE CERUME	24,00	20	480,00
7.9	CAUTERIZAÇÃO PARA EPISTAXE	35,00	20	700,00
7.10	IMITANCIOMETRIA	80,00	35	2.800,00
7.12	OTOEMISSOES ACÚSTICAS	24,00	35	840,00
7.13	VIDEOLARINGOSCOPIA	100,00	60	6.000,00
7.14	VIDEONASOFIBROSCOPIA	100,00	50	5.000,00
7.15	LARINGOSCOPIA DIRETA	100,00	50	5.000,00
7.16	LARINGOSCOPIA DIRETA (RETIRADA DE CORPO ESTRANHO)	140,00	25	3.500,00
8 - ANESTESIOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
8.1	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	250,00	10	2.500,00
8.2	SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	300,00	110	33.000,00
8.3	CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (INCLUIR BASE)	60,00	500	30.000,00
8.4	CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (INCLUIR BASE)	60,00	20	1.200,00
8.5	ANESTESIA GERAL	600,00	40	24.000,00
8.6	ANESTESIA PERIDUAL	500,00	30	15.000,00
8.7	ANESTESIA RAQUIADIANA (Vasectomia, Cesariana, Hérnia, Perineoplastia, Histerectomia)	500,00	30	15.000,00
9 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
9.1	CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO "DIPIRIDAMOL"	400,00	50	20.000,00
9.2	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO NECROSE	150,00	50	7.500,00
9.3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	325,00	50	16.250,00

9.4	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO/ ESTRESSE	400,00	50	20.000,00
9.5	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	200,00	25	5.000,00
9.6	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	145,00	10	1.450,00
9.7	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	195,00	10	1.950,00
9.8	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO	135,00	10	1.350,00
9.9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	75,00	10	750,00
9.10	TESTE DO PERCLORATO	60,00	10	600,00
9.11	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	65,00	20	1.300,00
9.12	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	320,00	20	6.400,00
9.13	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES	130,00	20	2.600,00
9.14	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	130,00	22	2.860,00
9.15	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	130,00	22	2.860,00
9.16	CINTILOGRAFIA RENAL (DTPA)	155,00	15	2.325,00
9.17	ESTUDO RENAL DINÂMICO SEM DIURÉTICO	155,00	15	2.325,00
9.18	ESTUDO RENAL DINÂMICO COM DIURÉTICO	155,00	15	2.325,00
9.19	DETERMINAÇÃO DE VOLUME PLASMÁTICO	60,00	15	900,00
9.20	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	100,00	12	1.200,00
9.21	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	43,00	12	516,00
9.22	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	43,00	10	430,00
9.23	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	160,00	50	8.000,00
9.24	MIELO CINTILOGRAFIA	155,00	10	1.550,00
9.25	LINFOCINTILOGRAFIA	150,00	50	7.500,00
9.26	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	60,00	10	600,00
9.27	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	115,00	25	2.875,00
9.28	CISTERNOCINTILOGRAFIA	215,00	15	3.225,00
9.29	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	110,00	40	4.400,00

9.30	QUALIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO 67	245,00	30	7.350,00
9.31	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO	135,00	30	4.050,00
9.32	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO	105,00	15	1.575,00
9.33	CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67	370,00	30	11.100,00
9.34	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	285,00	40	11.400,00
9.35	TESTE DO PERCLORATO	60,00	10	600,00
10 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
10.1	SERIOGRAFIA GASTRO DUODENO (RX)	165,00	50	8.250,00
10.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA	60,00	100	6.000,00
10.3	UROGRAFIA EXCRETORA	140,00	50	7.000,00
10.4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	80,00	50	4.000,00
10.5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	80,00	50	4.000,00
10.6	UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E POS MICCIONAL	80,00	50	4.000,00
10.7	MAMOGRAFIA BILATERAL	42,00	200	8.400,00
11 - DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
11.1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA (INCLUIR BASE)	45,00	10	450,00
11.2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	300,00	2	600,00
11.3	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO (ENCÉFALO)	300,00	110	33.000,00
11.4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DOS OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (MASTÓIDE)	300,00	10	3.000,00
11.5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ÓRBITA BILATERAL	300,00	6	1.800,00
11.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	300,00	12	3.600,00
11.7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PECOÇO	300,00	5	1.500,00
11.8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÃO)	300,00	4	1.200,00
11.9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA UNILATERAL (INCLUIR QUANTIDADE 2)	350,00	6	2.100,00
11.10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX (MEDIÁSTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁXICA)	300,00	10	3.000,00

11.11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDÔMEM SUPERIOR	300,00	30	9.000,00
11.12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL)	300,00	90	27.000,00
11.13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BACIA (SACRO ILÍACA OU COCCIX)	300,00	15	4.500,00
11.14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA (UNILATERAL)	300,00	9	2.700,00
11.15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	300,00	250	75.000,00
11.16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL (UNILATERAL)	300,00	40	12.000,00
11.17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BASE DO CRÂNIO	300,00	5	1.500,00
11.18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	45,00	10	450,00
11.19	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BOLSA ESCROTAL	350,00	5	1.750,00
11.20	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO (UNILATERAL)	300,00	10	3.000,00
11.21	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO (UNILATERAL)	300,00	5	1.500,00
11.22	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO (UNILATERAL) NÃO INCLUI PUNHO	300,00	20	6.000,00
11.23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA (UNILATERAL)	300,00	6	1.800,00
11.24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÉ (ANTEPÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	300,00	10	3.000,00
11.25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	300,00	15	4.500,00
11.26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO (UNILATERAL)	300,00	185	55.500,00
11.27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO (UNILATERAL)	300,00	10	3.000,00
11.28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÊNIS	350,00	5	1.750,00
11.29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNÇÃO ARTICULAR ORIENTADA - Arthro TC	300,00	5	1.500,00
11.30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTRO (INCLUIR PUNÇÃO ARTICULAR POR T.C.) POR ARTICULAÇÃO	500,00	3	1.500,00
11.31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR ARTICULAÇÃO ESTERNO CRAVICULAR	300,00	2	600,00
11.32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) (MASTÓIDE)	300,00	3	900,00
11.33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ESPECTROSCOPIA (ACRESCENTAR EXAME BASE DO CRÂNIO)	145,00	5	725,00
11.34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FLUXO LICÓRICO (ACRESCENTAR EXAME BASE DO CRÂNIO)	154,00	5	770,00
11.35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRANQUIAL OU PLEXO LOMBOSSACRAL	500,00	5	2.500,00
11.36	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA HIDRO (COLANGIO, URO, MIELO, SIALO, CISTO POR RM)	500,00	12	6.000,00

11.37	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (CRÂNIO) ARTERIAL OU VENOSO	500,00	8	4.000,00
11.38	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (PESCOÇO) ARTERIAL OU VENOSO	500,00	5	2.500,00
11.39	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (TORAX) ARTERIAL OU VENOSO	500,00	3	1.500,00
11.40	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (ABDOMEN SUPERIOR) ARTERIAL OU VENOSO	500,00	3	1.500,00
11.41	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (PELVE) ARTERIAL OU VENOSO	500,00	40	20.000,00
11.42	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO AORTA TORÁXICA	500,00	4	2.000,00
11.43	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO AORTA ABDOMINAL	500,00	3	1.500,00
11.44	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	1.000,00	2	2.000,00
12 - DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
12.1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS DA FACE	110,00	5	550,00
12.2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO	110,00	15	1.650,00
12.3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	110,00	5	550,00
12.4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MANDÍBULA	110,00	5	550,00
12.5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDE/OUVIDO	110,00	5	550,00
12.6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITA	110,00	2	220,00
12.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRCICA	110,00	5	550,00
12.8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO	110,00	4	440,00
12.9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FARINGE	110,00	5	550,00
12.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNÇÃO ASPIRATIVA	110,00	5	550,00
12.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN SUPERIOR	110,00	20	2.200,00
12.12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE/BACIA	110,00	12	1.320,00
12.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA (DORSAL CERVICAL OU LOMBAR)	110,00	10	1.100,00
12.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TOMOMIELOGRAFIA ATÉ 3 SEGMENTOS	110,00	5	550,00
12.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA ATÉ 3 SEGMENTOS	45,00	10	450,00
12.16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTOS APENDICULARES	110,00	5	550,00
12.17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORAX	110,00	12	1.320,00

12.18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXTREMIDADES	110,00	5	550,00
12.19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MÃO	110,00	3	330,00
12.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA BRAÇO	110,00	2	220,00
12.21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRAÇO	110,00	5	550,00
12.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PÉ	110,00	5	550,00
12.23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PERNA	110,00	2	220,00
12.24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA	110,00	2	220,00
12.25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES	110,00	5	550,00
12.26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	110,00	2	220,00
12.27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO	110,00	3	330,00
12.28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO	110,00	5	550,00
12.29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO	110,00	5	550,00
12.30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORNOZELO	110,00	5	550,00
12.31	TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR ARTERIAL	200,00	10	2.000,00
12.32	TC ANGIO TORAX VENOSO	200,00	5	1.000,00
12.33	TC ANGIO PESCOCO ARTERIAL	200,00	2	400,00
12.34	TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR VENOSO	200,00	3	600,00
12.35	TC ANGIO AORTA ABDOMINAL	200,00	2	400,00
12.36	TC ANGIO PESCOCO VENOSO	200,00	3	600,00
12.37	TC ANGIO CRANIO ARTERIAL	200,00	3	600,00
12.38	TC ANGIO CRANIO VENOSO	200,00	3	600,00
12.39	TC ANGIO PELVE VENOSO	200,00	5	1.000,00
12.40	TC ANGIO TORAX ARTERIAL	200,00	5	1.000,00
12.41	TC ANGIO PELVE ARTERIAL	200,00	5	1.000,00
12.42	TC ANGIO AORTA TORAXICA	200,00	8	1.600,00
13 - DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL

13.1	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	175,00	5	875,00
13.2	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS	165,00	5	825,00
13.3	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	115,00	5	575,00
13.4	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	115,00	5	575,00
13.5	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL	175,00	5	875,00
13.6	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	90,00	5	450,00
13.7	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL (INCLUI VARIZES E SAFENAS 2 MEMBROS)	90,00	5	450,00
13.8	US DOPPLER CONVENCIONAL ÓRGÃO/ESTRUTURA ISOLADA	40,00	5	200,00
13.9	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	90,00	5	450,00
13.10	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER	180,00	5	900,00
13.11	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM BIOPSIA	210,00	5	1.050,00
13.12	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM BIOPSIA E SEDAÇÃO	550,00	3	1.650,00
13.13	ADICIONAR DOPPLER COLORIDO NA ULTRASSONOGRRAFIA	90,00	5	450,00
13.14	ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA	115,00	10	1.150,00
13.15	ECODOPPLER C/ STRESS FARMACOLÓGICO	550,00	5	2.750,00
14 - BIÓPSIAS		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
14.1	BIOPSIA DE ABORTO / RESTOS OVULARES (FRASCO COM VÁRIOS FRAGMENTOS PEQUENOS)	148,12	30	4.443,60
14.2	BIOPSIA DE ADENOIDES	217,24	30	6.517,20
14.3	BIOPSIA DE AMÍGDALAS	217,24	30	6.517,20
14.4	BIOPSIA DE BAÇO	108,62	30	3.258,60
14.5	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 1 FRAGMENTO)	55,00	30	1.650,00
14.6	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS)	148,12	30	4.443,60
14.7	BIOPSIA DE FETO (ATÉ 500 GRAMAS OU ATÉ 22 SEMANAS DE GESTAÇÃO)	400,76	30	12.022,80
14.8	BIOPSIA DE HEMORROIDAS	108,62	30	3.258,60

14.9	BIOPSIA DE LAMINA EM ÁLCOOL OU SECA (PARA CADA 5 LAMINAS COM O MESMO LOCAL DE COLETA)	68,31	30	2.049,30
14.10	BIOPSIA DE LINFONODO ISOLADOS	108,62	30	3.258,60
14.11	BIOPSIA DE LIQUIDOS (CELL BLOCK)	55,00	15	825,00
14.12	BIOPSIA DE LIQUIDOS (POR FRASCO)	54,89	50	2.744,50
14.13	BIOPSIA DE NÓDULO DE MAMA (POR PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES)	108,62	150	16.293,00
14.14	BIOPSIA DE OVÁRIOS ISOLADOS	217,24	30	6.517,20
14.15	BIOPSIA DE PELE COM 1 (UM) FRAGMENTO PEQUENO	55,00	50	2.750,00
14.16	BIOPSIA DE PELE EXCISIONAL (RETIRADA DE TODA A LESÃO)	108,62	100	10.862,00
14.17	BIOPSIA DE PLACENTA (INCLUI PLACENTA, MEMBRANAS FETAIS E CORDÃO UMBILICAL)	284,74	15	4.271,10
14.18	BIOPSIA DE SACO HERMIARIO	108,62	05	3801,70
14.19	BIOPSIA DE SEGMENTO DE ESÓFAGO PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR	353,05	05	1.765,25
14.20	BIOPSIA DE SEGMENTO DE INTESTINO (PEÇA GRANDE) COMO CAUSA DE TUMOR	421,36	15	6.320,40
14.21	BIOPSIA DE SEGMENTO DE INTESTINO (PEÇA GRANDE) SEM CAUSA DE TUMOR	108,62	05	543,10
14.22	BIOPSIA DE SEGMENTO ÓSSEO (FRAGMENTO)	108,62	05	543,10
14.23	BIOPSIA DE TESTÍCULO	108,62	05	543,10
14.24	BIOPSIA DE TUBA UTERINA ISOLADAS	217,24	10	2.172,40
14.25	BIOPSIA DE TUMORES BENIGNOS	108,62	35	3.801,70
14.26	BIOPSIA DE VESICULAR BILIAR	108,62	35	3.801,70
14.27	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	55,00	15	825,00
14.28	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS PEQUENOS	148,12	15	2.221,80
14.29	BIOPSIA DO COLO UTERINO E VULVA	40,00	50	2.000,00
14.30	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	55,00	25	1.375,00
14.31	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM MAIS DE 1 FRAGMENTO PEQUENO	148,12	25	3.703,00
14.32	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 1 FRAGMENTO	55,00	50	2.750,00

14.33	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS	148,12	50	7.406,00
14.34	BIOPSIA SEGMENTO ÓSSEO COM TUMOR	148,12	15	2.221,80
14.35	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA CIRURGIA BARIÁTRICA	108,62	15	1.629,30
14.36	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR	409,81	05	2.049,05
14.37	HISTERECTOMIA RADICAL (COM CÂNCER)	760,34	15	11.405,10
14.38	HISTERECTOMIA RADICAL (SEM CÂNCER)	651,72	30	19.551,60
14.39	IMUNO - HISTOQUÍMICA	620,00	15	9.300,00
14.40	MAMOPLASTIA (POR MAMA)	217,24	10	2.172,40
14.41	MASTECTOMIA RADICAL + ESVAZIAMENTO AXILAR	489,67	10	4.896,70
14.42	NEFRECTOMIA COMO CAUSA TUMOR	245,24	10	2.452,40
14.43	NEFRECTOMIA SEM CAUSA TUMOR	148,12	10	1.481,20
14.44	PROSTATECTOMIA RADICAL	489,46	15	7.341,90
14.45	REVISÃO DE LAMINAS DE BIOPSIAS	204,25	05	1.021,25
14.46	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	353,05	05	1.765,25
14.47	BIOPSIA DE APÊNDICE CECAL	108,62	04	434,48
14.48	BIOPSIA DE PRÓSTATA	296,24	50	14.812,00
14.50	CAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	85,00	100	8.500,00
14.51	PENISCOPIA	55,00	15	825,00
14.52	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA (COLETA)	43,50	60	2.610,00
15 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA, PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
15.1	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA	6,97	3.000	20.910,00
15.2	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	7,30	3.000	21.900,00
15.3	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	10,65	100	1.065,00
15.4	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	10,65	1.000	10.650,00
15.5	IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO - PROTEINA C REATIVA)	3,73	500	1.865,00
15.6	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	45,00	500	22.500,00
15.7	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA	24,00	250	6.000,00

	CIRÚRGICA			
15.8	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	45,00	200	9.000,00
15.9	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	45,00	200	9.000,00
15.10	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	45,00	500	22.500,00
15.11	EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO - PCCU (PAPANICOLAL)	7,10	2.000	14.200,00
16 - PROCEDIMENTOS EM PSICOLOGIA		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
16.1	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	40,00	40	1.600,00
16.2	SESSÕES DE PSICOLOGIA	20,00	80	1.600,00
17 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
17.1	ACUPUNTURA E TERAPIAS ALTERNATIVAS E OCUPACIONAIS	30,00	20	600,00
17.2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGA	40,00	20	800,00
17.3	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR	40,00	15	600,00
17.4	SESSÃO EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR	20,00	15	300,00
17.5	CONSULTA MEDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	30,00	80	2.400,00
17.6	SESSÃO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	20,00	20	400,00
18 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
18.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	40,00	200	8.000,00
18.2	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	40,00	50	2.000,00
18.3	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	40,00	50	2.000,00
18.4	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTÉTRICIA	40,00	60	2.400,00
18.5	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	40,00	40	1.600,00
18.6	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	40,00	40	1.600,00
18.7	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	40,00	150	6.000,00
18.8	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	40,00	30	1.200,00
18.9	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGISTA	40,00	40	1.600,00
18.10	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGIA	40,00	80	3.200,00
18.11	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	40,00	100	4.000,00
18.12	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	40,00	150	6.000,00

18.13	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	40,00	80	3.200,00
18.14	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA	40,00	50	2.000,00
18.15	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	40,00	50	2.000,00
18.16	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	40,00	80	3.200,00
18.17	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEOROPSILOGIA	40,00	20	800,00
18.18	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	40,00	40	1.600,00
18.19	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	40,00	65	R\$ 2.600,00
18.20	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NUTRICIONISTA	40,00	10	R\$ 400,00
19 – PROCEDIMENTOS CLINICOS/ CIRÚRGICOS/ONCOLOGICOS		VALOR UNIT	QUANT	VALOR TOTAL
19.01	CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA – PACOTE POR BYPASS	14.700,00	100	1.470.000,00
19.02	CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA – PACOTE POR SLEEVE	16.320,00	100	1.632.000,00
19.03	CISTO SINOVIAL (RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL)	85,00	40	3.400,00
19.04	CISTO EPIDÉRMICO	85,00	40	3.400,00
19.05	CISTO SEBÁCEO	85,00	40	3.400,00
19.06	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES (ELETROELETROCAUTERIO)	30,00	35	1.050,00
19.07	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃP QUÍMICA DE LESÕES CUTANEAS	30,00	15	450,00
19.08	INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	85,00	35	2.975,00
19.09	CARCINOMA BASOCELULAR	85,00	40	3.400,00
19.10	APENDICECTOMIA	947,95	10	9479,50
19.11	CURETAGEM	539,91	10	5.399,10
19.12	HEMORROIDECTOMIA	473,91	05	2.369,55
19.13	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	843,65	05	4.218,25
19.14	POSTECTOMIA	685,20	10	6.852,00
19.15	HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL)	939,20	15	14.088,00
19.16	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	668,27	10	6.682,70
19.17	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA (UNILATERAL)	839,81	05	4.199,05

19.18	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	652,49	15	9.787,35
19.19	COLECISTECTOMIA ABERTA	1.362,44	03	4.087,32
19.20	HISTERECTOMIA TOTAL	1.300,70	10	13.007,00
19.21	MIOMECTOMIA	1.494,46	05	7.472,30
19.22	CURETAGEM	539,91	05	2.699,55
19.23	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	698,39	05	3.491,95
19.24	VASECTOMIA	1.000,00	10	10.000,00
19.25	PARTO CESARIA ENFERMARIA (INCLUI PEDIATRA)	818,60	25	20.465,00
19.26	PARTO NORMAL (INCLUI PEDIATRA)	665,10	30	19.953,00
19.27	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA CIRURGIA BARIÁTRICA	110,00	04	440,00
19.28	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR	410,00	04	1.640,00
19.29	HISTERECTOMIA RADICAL (COM CÂNCER)	765,00	10	7.650,00
19.30	HISTERECTOMIA RADICAL (SEM CÂNCER)	655,00	10	6.550,00
19.31	MAMOPLASTIA (POR MAMA)	220,00	05	1.100,00
19.31	MASTECTOMIA RADICAL + Esvaziamento Axilar	490,00	05	2.450,00
19.32	NEFRECTOMIA COMO CAUSA TUMOR	250,00	03	750,00
19.33	NEFRECTOMIA SEM CAUSA TUMOR	150,00	03	450,00
19.34	PROSTATECTOMIA RADICAL	490,00	03	1.470,00
19.35	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	355,00	03	1.065,00
19.36	ARTROCENTESE (PEQUENAS E GRANDES ARTICULAÇÕES)	85,00	05	425,00
19.37	CARCINOMA BASOCELULAR	85,00	20	1.700,00
19.38	CISTO SINOVIAL (RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL)	85,00	20	1.700,00
19.39	CISTO EPIDÉRMICO	85,00	20	1.700,00
19.40	CISTO SEBÁCEO	85,00	20	1.700,00
19.41	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES (ELETROELETROCAUTERIO)	30,00	15	450,00
19.42	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃP QUIMICA DE LESÕES CUTANEAS	30,00	15	450,00
19.43	INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	85,00	20	170,00

19.44	LINFADENECTOMIA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.520,00	05	7.600,00
19.45	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	954,00	03	2.862,00
19.46	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL	1.242,00	03	3.726,00
19.47	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.242,00	05	6.210,00
19.48	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.242,00	05	6.210,00
19.49	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	910,00	05	4.550,00
19.50	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	550,00	05	2.750,00
19.51	LINFADENECTOMIA SELETIVA COMPLEMENTAR	810,00	03	2.430,00
19.52	LIGADURA DE CAROTIDA	850,00	02	1.700,00
19.52	TIREOIDECTOMIA TOTAL	1.218,00	02	2.436,00
19.53	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1.850,00	02	3.700,00
19.54	TIREOIDECTOMIA PARCIAL (LOBECTOMIA)	609,00	02	1.218,00
19.55	TIREOIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA (LOBECTOMIA)	925,00	02	1.850,00
19.55	ISTIMECTOMIA	505,00	02	1.010,00
19.56	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1.950,00	03	5.850,00
19.57	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1.456,00	02	2.912,00
19.58	CORDECTOMIA PARCIAL	609,00	02	1.218,00
19.59	FARINGECTOMIA PARCIAL	974,00	03	2.922,00
19.60	FARINGOTOMIA TOTAL	1.268,00	02	2.536,00
19.61	EPIGLOTECTOMIA PARCIAL	850,00	02	1.700,00
19.62	EPIGLOTECTOMIA TOTAL	1.120,00	03	3.360,00
19.63	AMIDALECTOMIA	838,00	02	1.676,00
19.64	AMIDALECTOMIA EM ONCOLOGIA	1.550,00	02	3.100,00
19.65	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL	882,00	05	4.410,00
19.66	TRAQUEOSTOMIA	441,00	05	2.205,00
19.67	TRAQUEOSTOMIA COM ANESTESIA LOCAL	855,00	03	2.565,00
19.68	TRAQUEOPLASTIA	1.550,00	02	3.100,00
19.69	GLOSSECTOMIA PARCIAL	855,00	02	1.710,00
19.67	GLOSSECTOMIA TOTAL	1.710,00	02	3.420,00
19.68	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA	1.998,00	02	3.996,00

19.69	RESSECÇÃO DE LESÃO DE MUCOSA BUCAL	550,00	03	1.650,00
19.70	RESSECÇÃO EM CUNHA DE LABIO E RECONSTRUÇÃO	552,00	02	1.104,00
19.71	RESSECÇÃO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO	750,00	02	1.500,00
19.72	RESSECÇÃO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO	950,00	02	1.900,00
19.72	VERMELHECTOMIA LABIO	450,00	03	1.350,00
19.74	MAXILECTOMIA PARCIAL	910,00	02	1.820,00
19.75	MAXILECTOMIA TOTAL	1.820,00	02	3.640,00
19.76	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	855,00	02	1.710,00
19.77	MANDIBULECTOMIA TOTAL	1.700,00	02	3.400,00
19.78	PAROTIDECTOMIA PARCIAL	804,00	03	2.412,00
19.79	PAROTIDECTOMIA TOTAL	1.408,00	03	4.224,00
19.80	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA	1.950,00	03	5.850,00
19.81	SUBMANDIBULECTOMIAS	650,00	03	1.950,00
19.82	SUBMANDIBULECTOMIAS AMPLIADA	1.020,00	02	2.040,00
19.83	RESSECÇÃO DE CISTO TIREOGLOSSO	850,00	02	1.700,00
19.84	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR PARCIAL	520,00	02	1.040,00
19.85	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR TOTAL + RECONSTRUÇÃO	1.250,00	03	3.750,00
19.86	RESSECÇÃO DE LESÃO EM NARIZ + RETALHO E OU ENXERTO	550,00	02	1.500,00
19.87	RESSECÇÃO DE LESÃO DE CASTILAGEM NASAL + RECONSTRUÇÃO	750,00	02	1.500,00
19.88	RESSECÇÃO DE LESÃO EM PELE FACE (FECHAMENTO PRIMARIO)	150,00	02	300,00
19.89	RESSECÇÃO DE LESÃO EM FACA + RETALHO E OU ENXERTO	505,00	02	1.010,00
19.90	EXENTEREÇÃO DE ORBITA OCULAR + RECONSTRUÇÃO	1.100,00	02	2.200,00
19.91	BLEFAROPLASTIA (CORREÇÃO PALPEBRAL LESÃO NERVO FACIAL)	505,00	02	1.010,00
19.82	RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO PEITORAL MAIOR	1.153,00	02	2.306,00
19.93	RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO DERMOCUTANEO	550,00	02	1.100,00
19.94	RETIRADA DA AREA DOADORA + ENXERTO DE PELE + CURATIVO DE BROWN	650,00	03	1.950,00
19.95	GASTROSTOMIA PALIATIVO	550,00	02	1.100,00
19.96	LARINGOSUSPENSÃO E BIOPSIA	500,00	02	1.000,00
19.97	LINFADENECTOMIA SELETIVA DIAGNOSTICA CERVICAL	500,00	02	1.000,00
19.98	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES	1.032,00	02	2.064,00

19.99	RESSECÇÃO DE LESÃO EM SUBCUTANEO	500,00	02	1.000,00
19.100	RESSECÇÃO DE LESÃO DE PELE	150,00	02	300,00
VALOR TOTAL ESTIMADO DE CONTRATAÇÃO		R\$ 4.847.914,60		



ANEXO I

DADOS DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ/MF:	
NOME FANTASIA:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:	
COMPLEMENTO:	
CIDADE:	ESTADO:
CEP:	EMAIL:
TELEFONES	FAX:
CONTA CORRENTE:	
AGÊNCIA:	
BANCO:	

Noroeste/ES

..... de de

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro sob as penas da Lei, para fins do Edital nº ____/____, que a empresa....., não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a administração pública, nos termos do Inciso IV, art. n.º 87, da Lei n.º 8.666/93 e suas alterações, bem como, comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto a capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico- financeira.

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO III

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ Órgão expedidor _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () (assinalar com "x" a ressalva acima, caso verdadeira)

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO IV

Os serviços abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CIM NOROESTE de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento e do Edital nº ____/____:

COPIAR AQUI SERVIÇOS CONSTANTES DA TABELA DO CONSÓRCIO QUE SERÃO OBJETO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

