

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 093/2025
ID: 2025.501C2600010.18.0001

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 14.133/21 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 16/01/2025 ENCERRANDO EM 14/02/2025. 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.

O edital de credenciamento poderá ser acessado na Sala da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas do consórcio, extraído na íntegra no site www.cimnoroeste.es.gov.br ou mediante solicitação via e-mail no endereço eletrônico saude@cimnoroeste.es.gov.br.

O presente edital de Chamamento Público rege-se pela Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 que trata sobre Licitações e Contratos.

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, Mantenedópolis, 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 04 (quatro) sessões nos dias: **21/01/2025, 28/01/2025, 04/02/2025 e 17/02/2025**, com início dos trabalhos sempre no horário das 13h00min.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do consórcio, antes ao horário pré-estabelecido neste item.

1.4. Em nenhuma hipótese serão recebidos quaisquer envelopes fora do prazo estabelecido neste Edital.

1.4.1. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo consórcio, serão realizadas pelos membros da comissão de contratação instituídos por meio da Portaria nº 03– P, de 15 de janeiro de 2025, em 04 (quatro) sessão(ões), no(s) dia(s) 21/01/2025, 28/01/2025, 04/02/2025 e 17/02/2025 com início dos trabalhos no horário das 13h00min.

1.5. Os usuários dos serviços são os pacientes dos municípios consorciados. Durante a vigência do presente chamamento poderá haver o ingresso de novos municípios ao consórcio, a esses também estarão disponíveis os serviços credenciados neste edital.

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 001/2025 – REGIÃO INTERIOR
CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOME DA EMPRESA: _____
CNPJ Nº: _____

5. DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

a) Anexos I, II, III, IV e V 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

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

6.1. O Edital estará vigente no período de **16/01/2025 até 17/02/2025**.

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 **001/2025** 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**

9.6.3.3. 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 de vigência da contratação é de até 12 (doze) meses contados da assinatura ou início da vigência do respectivo contrato, prorrogável na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021, enquanto perdurar a necessidade motivada pelos Municípios.

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:

13.1. 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

14.1. Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2024, 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

15.1. 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

16.1. Esclarecimentos relativos ao presente edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do seu objeto, serão prestados pelo Setor de Licitação e Contratos, na Sede do consórcio, Av. João Quiuqui, nº26, Sala 101, centro, Águia Branca-ES, CEP: 29.795-000, Telefone: (27) 99945-6991 e-mail saude@cimnoroeste.es.gov.br.

16.2. O interessado no cadastramento é responsável pela fidelidade das informações e dos documentos que apresentar.

16.3. A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

16.4. Este credenciamento visa à contratação paralela e não excludente de todos os interessados que preencham as condições do Edital, sendo que a demanda será distribuída, por Município requisitante, conforme a necessidade por ele informada (indicando quantidade e período), bem assim disponibilidade do contratado.

16.5. Ao aderir ao credenciamento, o Interessado deve informar o (s) Município (s) em que almeja atuar e sua disponibilidade horária, devendo-se atentar à compatibilidade de horários e capacidade de absorção dos serviços que indicar como de interesse de executar.

16.6. 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.

16.7. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, lei federal

11.107/2005, lei federal 8.080/90 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.

16.8. 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 14.133/21.

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), 15 de Janeiro de 2025.



Rodrigo Correia Bernardi
Agente de Contratação

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

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. Augusto Astori Ferreira**, brasileiro, solteiro, empresário, portador do CPF nº 122.288.467-40, 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 8.080/90 e lei federal nº 14.133/21, 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 CREDENCIADA;

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 **CREDENCIADA**, 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 **CREDENCIADA** 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 **CREDENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Entre o dia 05 (cinco) até o dia 10 de cada mês, a **CREDENCIADA** 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 **CREDENCIADA** 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: xxxxxxxxxxx - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Elemento de despesa: xxxxxxxxxxx - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

CLÁUSULA SEXTA – DO AMPARO LEGAL

6.1 - O processo licitatório observará as normas e procedimentos administrativos constantes na Lei 14.133/2021, 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 DESCREDENCIAMENTO

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 credenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras "a" "b" e "c" a **CRENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM NOROESTE** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses.

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

CLÁUSULA NONA – DAS RESPONSABILIDADES

9.1 – Compete a **CRENCIADA**:

- 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 **CRENCIADA** 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 14.133/21 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 _____.

Cons **CIM NOROESTE**gião Noroeste do Espírito Santo

CRENCIADA

TESTEMUNHAS: 1

2

Apêndice II
TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DO CIM NOROESTE –
TVSPS
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025

1 - PROCEDIMENTO CARDIOLÓGICO		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
1.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA	46,00	1.825	R\$ 83.950,00
1.2	ELETROCARDIOGRAMA	12,00	1.375	R\$ 16.500,00
1.3	ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA (TRANSTORÁCICO)	120,00	130	R\$ 15.600,00
1.4	ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICA/ REPOUSO/ ESTRESSE)	120,00	8	R\$ 960,00
1.5	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	100,00	55	R\$ 5.500,00
1.6	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	150,00	23	R\$ 3.450,00
1.7	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	150,00	21	R\$ 3.150,00
1.8	ECODOPPLERCARDIOGRAMA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO	520,00	13	R\$ 6.760,00
1.9	TESTE CARDIO PULMONAR	400,00	13	R\$ 5.200,00
TOTAL				R\$ 141.070,00
2 - PROCEDIMENTOS OTORRINOLARINGOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
2.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	46	275	R\$ 12.650,00
2.2	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	80	50	R\$ 4.000,00
2.3	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	35	50	R\$ 1.750,00
2.4	AUDIOMETRIA VOCAL	35	50	R\$ 1.750,00
2.5	AUDIOMETRIA VOCAL PESQUISA (FRI)	35	50	R\$ 1.750,00

2.6	BERA – POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LOTÊNCIA	200	8	R\$	1.600,00
2.7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO	24	20	R\$	480,00
2.8	REMOÇÃO DE CERUME	24	20	R\$	480,00
2.9	CAUTERIZAÇÃO PARA EPISTAXE	35	20	R\$	700,00
2.10	IMITANCIOMETRIA	80	15	R\$	1.200,00
2.11	IMPEDANCIOMETRIA	80	15	R\$	1.200,00
2.12	OTOEMISSOES ACÚSTICAS	24	20	R\$	480,00
2.13	VIDEOLARINGOSCOPIA	110	20	R\$	2.200,00
2.14	VIDEONASOFIBROSCOPIA	110	20	R\$	2.200,00
2.15	LARINGOSCOPIA DIRETA	100	20	R\$	2.000,00
2.16	LARINGOSCOPIA DIRETA (RETIRADA DE CORPO ESTRANHO)	150	20	R\$	3.000,00
TOTAL				R\$	37.440,00
3 - PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
3.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGISTA	46	600	R\$	27.600,00
3.2	CAMPIMETRIA - CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO (02 OLHOS)	60	53	R\$	3.180,00
3.3	BIOMETRIA (PRE OPERATÓRIO OFTALMOLOGIA DE CATARATA)	50	1	R\$	50,00
3.4	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	45,25	5	R\$	226,25
3.5	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (POR OLHO)	152,8	5	R\$	764,00
3.6	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA (02 OLHOS)	123,33	18	R\$	2.219,94
3.7	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR (02 OLHOS)	50,7	5	R\$	253,50

3.8	FUNDOSCOPIA - EXAME DE FUNDO OCULAR (POR OLHO)	60	4	R\$	240,00
3.9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO OLHO (POR OLHO)	50	6	R\$	300,00
3.10	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (2 OLHOS)	150	4	R\$	600,00
3.11	MAPEAMENTO DE RETINA	50	85	R\$	4.250,00
3.12	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA/CÓRNEANA	68,75	16	R\$	1.100,00
3.13	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	140	5	R\$	700,00
3.14	GONIOSCOPIA	32,74	3	R\$	98,22
3.15	IRIDOTOMIA COM YAG LASER (POR OLHO)	120	3	R\$	360,00
3.16	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (2 OLHOS)	120	1	R\$	120,00
3.17	RETINOGRAFIA SIMPLES(POR OLHO)	42,25	5	R\$	211,25
3.18	TESTE ORTÓPTICO	60	5	R\$	300,00
3.19	TOPOGRAFIA	85	25	R\$	2.125,00
3.20	ECOGRAFIA / ULTRASSOM DE OLHO	51,25	3	R\$	153,75
3.21	REFRAÇÃO (ÓCULOS)	46,00	50	R\$	2.300,00
3.22	TONOMETRIA (PRESSÃO OCULAR)	46,00	50	R\$	2.300,00
3.23	TESTE DE CORES	50,00	50	R\$	2.500,00
3.24	ACUIDADE VISUAL	20,00	50	R\$	1.000,00
3.25	BIOMICROSCOPIA OCULAR	20,00	50	R\$	1.000,00
3.26	RETINOGRAFIA OCULAR	42,25	50	R\$	2.112,50
3.27	ECOBIOMETRIA	50,00	50	R\$	2.500,00
3.28	CIRURGIA DE CALÁZIO	450,00	10	R\$	4.500,00
3.29	CIRURGIA DE PTERÍGIO (POR OLHO)	450	5	R\$	2.250,00
3.30	OTC – TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA	250	3	R\$	750,00

3.31	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR RIGIDA OU DOBRÁVEL (CATARATA) Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: · Consulta com anestesista; · Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; · Procedimento cirúrgico (com acompanhante de anestesia);	1.540,00	5	R\$ 7.700,00
3.32	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (UNILATERAL)(CATARATA) Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: · Consulta com anestesista; · Consulta pré - cirúrgica; · Facoemulsificação sem implante de Lente Intra Ocular; · Procedimento cirúrgico (com acompanhante de anestesia);	1.523,33	5	R\$ 7.616,65
3.33	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (UNILATERAL)(CATARATA) Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: · Consulta com anestesista; · Consulta pré - cirúrgica; · Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular ; · Procedimento cirúrgico (com acompanhante de anestesia);	1.540,00	5	R\$ 7.700,00
TOTAL				R\$ 89.081,06
4 - PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
4.1	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	50	225	R\$ 11.250,00
4.2	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Caso a realização do procedimento seja na unidade de saúde, o local e material usado deverá ser combinado com o gestor da unidade.	250	179	R\$ 44.750,00
4.3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO	160	3	R\$ 480,00

	APARELHO DIGESTIVO				
4.4	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	160	1	R\$	160,00
4.5	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÓFAGO	250	3	R\$	750,00
4.6	LIGADURA ELÁSTICA	220	1	R\$	220,00
4.7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON	400	3	R\$	1.200,00
4.8	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA	90	3	R\$	270,00
4.9	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA C/ HEMOSTASIA	180	3	R\$	540,00
4.10	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL DIGITAL	280	4	R\$	1.120,00
4.11	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	70	3	R\$	210,00
4.12	TAMPONAMENTO DE VARIZES ESÓFAGO	220	5	R\$	1.100,00
4.13	COLONOSCOPIA	390	58	R\$	22.620,00
4.14	COLETA DE MATERIAL PARA BIOPSIA	60	25	R\$	1.500,00
4.15	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE	350	5	R\$	1.750,00
4.16	COLONOSCOPIA COM RETOFLEXÍVEL DIGITAL	490	5	R\$	2.450,00
4.17	COLONOSCOPIA COM DESCOMPRESSÃO CALONICA	490	5	R\$	2.450,00
TOTAL				R\$	92.820,00
5 - PROCEDIMENTOS EM FONOAUDIOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
5.1	CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM FONOAUDIÓLOGA	46	6	R\$	276,00
5.2	SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA	30	75	R\$	1.500,00
5.3	SESSÃO FONOAUDIOLÓGICA ABA	70	250	R\$	17.500,00
TOTAL				R\$	19.276,00

6 - PROCEDIMENTOS EM PSICOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
6.1	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	46	130	R\$ 5.980,00
6.2	SESSÕES DE PSICOLOGIA	30	1.250	R\$ 37.500,00
TOTAL				R\$ 43.480,00
7 - PROCEDIMENTOS EM FISIOTERAPIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
7.1	REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG) (SESSÕES)	35	213	R\$ 7.455,00
7.2	REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG) (1ª SESSÃO)	40	11	R\$ 440,00
7.3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO	40	500	R\$ 20.000,00
7.4	SESSÃO DE FISIOTERAPIA (ALTERAÇÕES MOTORAS)	30	6.000	R\$ 180.000,00
7.5	SESSÃO DE FISIOTERAPIA/PILATES (PRÉ/PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA)	30	1.250	R\$ 37.500,00
7.6	SESSÃO DE FISIOTERAPIA (DISTURBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAL)	30	3	R\$ 90,00
7.7	FISIOTERAPIA HOME CARE	60	5	R\$ 300,00
TOTAL				R\$ 245.785,00
8 - PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
8.1	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	50	55	R\$ 2.750,00
8.2	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA (ESTUDO URODINÂMICO)	500	3	R\$ 1.500,00
8.3	UROFLUXOMETRIA	250	1	R\$ 250,00
8.4	UROGRAFIA EXCRETORA	150	3	R\$ 450,00
8.5	UROGRAFIA EXCRETORA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS MICCIONAL	80	5	R\$ 400,00

8.6	PENISCOPIA	70	3	R\$	210,00
TOTAL				R\$	5.560,00
9 - PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
9.1	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	50	1.750	R\$	87.500,00
9.2	CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO	148,12	3	R\$	444,36
9.3	CAUTERIZAÇÃO GENITAL	30	5	R\$	150,00
9.4	COLPOSCOPIA	40	2	R\$	80,00
9.5	COLPOSCOPIA + BIOPSIA + CALTERIZAÇÃO	180	5	R\$	900,00
9.6	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	85	1	R\$	85,00
9.7	FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	250	1	R\$	250,00
9.8	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	150	10	R\$	1.500,00
9.9	COLETA DE MATERIAL PARA BIÓPSIA	60	100	R\$	6.000,00
TOTAL				R\$	96.909,36
10 - PROCEDIMENTOS EM ODONTOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
10.1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA CONVENCIONAL (DENTIÇÃO)	35	9	R\$	315,00
10.2	RADIOGRAFIA PANORÂMICA PARA IMPLANTE	40	1	R\$	40,00
10.3	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	525	250	R\$	131.250,00
10.4	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	525	250	R\$	131.250,00
10.5	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	330	200	R\$	66.000,00
10.6	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	330	200	R\$	66.000,00
10.7	EXTRAÇÃO DENTÁRIA POR ELEMENTO	200	5	R\$	1.000,00

10.8	EXTRAÇÃO DENTÁRIA POR ELEMENTO INCLUSO IMPACTADO	500	3	R\$	1.500,00
10.9	DRENAGEM DE ACESSO DENTO ALVEOLAR	750	1	R\$	750,00
10.10	ENXERTO ÓSSEO	1.000,00	1	R\$	1.000,00
10.11	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM FACE	1.500,00	1	R\$	1.500,00
10.12	ALVEOLOPLASTIA POR ARCADA (MAXILA OU MANDÍBULA)	750	1	R\$	750,00
10.13	GENGIVOPLASTIA POR ARCADA (MAXILA OU MANDÍBULA)	1.000,00	1	R\$	1.000,00
10.14	OSTEOPLASTIA POR ARCADA (MAXILA OU MANDÍBULA)	2.000,00	1	R\$	2.000,00
10.15	ENUCLEAÇÃO EXOSTOSE ÓSSEA (TÓRUS MANDÍBULAR OU MAXILAR)	2.000,00	1	R\$	2.000,00
10.16	FRENECTOMIA LINGUAL	750	1	R\$	750,00
10.17	FRENECTOMIA LABIAL	500	1	R\$	500,00
10.18	BIÓPSIA INCISIONAL	500	1	R\$	500,00
10.19	EXÉRESE DE LESÃO CAVIDADE ORAL (CISTO, TUMOR, HIPERPLASIA, MUCOCELE, BIÓPSIA EXCISIONAL E OUTROS)	2.000,00	3	R\$	6.000,00
10.20	LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR (DIREITO OU ESQUERDO)	2.000,00	3	R\$	6.000,00
10.21	AVULSÃO DENTÁRIA/CONTENÇÃO	1.000,00	5	R\$	5.000,00
10.22	IMPLANTE ORAL PRONTO (FASE CIRÚRGICA + PRÓTESE)	3.000,00	3	R\$	9.000,00
10.23	REDUÇÃO FRATURA NASAL (AMBULATORIAL)	1.500,00	3	R\$	4.500,00
10.24	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA MAXILA/MANDÍBULA (BLOQUEIO)	2.000,00	3	R\$	6.000,00
10.25	RESSECÇÃO DE MAXILAR OU MANDIBULAR	4.000,00	1	R\$	4.000,00

10.26	FRATURAS: EM FACE DE CIRURGIA CRUENTA (FRATURA COMPLEXO FRONTO-NASO-ORBITA-ETMOIDAL, ZIGOMATICA, MAXILAR, MANDIBULAR).	4.000,00	3	R\$	12.000,00
10.27	ENUCLEAÇÃO LESÃO EM CAVIDADE ORAL COM NECESSIDADE INTERVENÇÃO HOSPITALAR	3.000,00	3	R\$	9.000,00
10.28	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	20	15	R\$	300,00
10.29	TRATAMENTO ENDÔNTICO UNIRRADICULAR	500	2	R\$	1.000,00
10.30	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	650	6	R\$	3.900,00
10.31	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	800	10	R\$	800,00
TOTAL				R\$	475,605,00
11 - PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
11.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	100	11	R\$	1.100,00
11.2	ELETOENCEFALOGRAMA	60	6	R\$	360,00
11.3	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	80	138	R\$	11.040,00
11.4	ELETRONEUROMIOGRAMA (CADA MEMBRO)	170	20	R\$	3.400,00
11.5	POLISSONOGRAMA	430	3	R\$	1.290,00
TOTAL				R\$	17.190,00
12 - PROCEDIMENTOS EM PNEUMOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
12.1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	60	20	R\$	1.200,00
12.2	ESPIROMETRIA COM OU SEM BRONCODILATADOR	150	10	R\$	1.500,00
TOTAL				R\$	2.700,00

13 - PROCEDIMENTOS EM ANESTESIOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
13.1	SEDAÇÃO	400	4	R\$ 1.600,00
13.2	ANESTESIA GERAL	600	5	R\$ 3.000,00
13.3	ANESTESIA PERIDUAL	500	5	R\$ 2.500,00
13.4	ANESTESIA RAQUIADIANA (Vasectomia, Cesariana, Hérnia, Perineoplastia, Histerectomia)	500	5	R\$ 2.500,00
TOTAL				R\$ 9.600,00
14 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
14.1	ACUPUNTURA E TERAPIAS ALTERNATIVAS E OCUPACIONAIS	30	5	R\$ 150,00
14.2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGA	46	50	R\$ 2.300,00
14.3	CONSULTA EXPECIALIZADA EM NEUROPSICOLOGIA	50	100	R\$ 5.000,00
14.4	SESSÃO/NEUROPSICOLOGIA ABA	30	1.300,00	R\$ 39.000,00
14.5	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR	46	63	R\$ 2.898,00
14.6	SESSÃO EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR	30	50	R\$ 1.500,00
14.7	CONSULTA MEDICA EM SAUDE DO TRABALHADOR	46	30	R\$ 1.380,00
14.8	SESSÃO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	20	25	R\$ 500,00
14.9	SESSÃO/HORA PSICOTERAPIA TERAPIA ABA	85	38	R\$ 3.230,00
14.10	SESSÃO TERAPIA OCUPACIONAL ABA	70	25	R\$ 1.750,00
14.11	SESSÃO PSICOPEDAGOGA ABA	70	250	R\$ 17.500,00
14.10	ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (30 min. no mínimo)	60	50	R\$ 3,000,00

TOTAL				R\$	78.208,00
15 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
15.1	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	124,98	13	R\$	1.624,74
15.2	CINTILOGRAFIA COM GALIO 67	414,17	3	R\$	1.242,51
15.3	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	146,02	1	R\$	146,02
15.4	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BAÇO	153,58	3	R\$	460,74
15.5	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	220,39	3	R\$	661,17
15.6	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	85,88	3	R\$	257,64
15.7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	316,55	3	R\$	949,65
15.8	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO NECROSE	166,27	5	R\$	831,35
15.9	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO	359,31	11	R\$	3.952,41
15.10	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO/ ESTRESSE	443,53	9	R\$	3.991,77
15.11	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	354,5	1	R\$	354,50
15.12	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO	119,4	3	R\$	358,20
15.13	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO	150,21	3	R\$	450,63
15.14	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	128,33	3	R\$	384,99
15.15	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	75,85	1	R\$	75,85
15.16	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA COM ESTRESSE FARMACOLOGICO "DIPIRIDAMOL"	443,53	3	R\$	1.330,59

15.17	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	212,3	18	R\$	3.821,40
15.18	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	163,59	3	R\$	490,77
15.19	CINTILOGRAFIA RENAL (DTPA)	174,04	3	R\$	522,12
15.20	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	225,41	3	R\$	676,23
15.21	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	114,55	3	R\$	343,65
15.22	CISTERNOCINTILOGRAFIA	241,67	3	R\$	725,01
15.23	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	148,43	1	R\$	148,43
15.24	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	148,73	1	R\$	148,73
15.25	LINFOCINTILOGRAFIA	169,02	3	R\$	507,06
15.26	DENSITOMETRIA OSSEA	66,00	50	R\$	3.000,00
15.27	QUALIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GALIO 67	247,95	3	R\$	743,85
15.28	TESTE DO PERCLORATO	66,06	3	R\$	198,18
15.29	CINTILOGRAFIA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	243,22	3	R\$	729,66
15.30	CINTILOGRAFIA RENAL (QUANTITATIVA)	153,29	3	R\$	459,87
15.31	CINTILOGRAFIA P/ DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE Esvaziamento Gástrico	162,8	3	R\$	488,40
15.32	CINTILOGRAFIA PESQUISA DE MESTATASE - PCI	704	3	R\$	2.112,00
15.33	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E /OU QUANTITATIVA)	153,29	3	R\$	459,87
15.34	RENOGRAFIA (DTPA)	111,02	5	R\$	555,10
15.35	MILOCINTILOGRAFIA	172,52	3	R\$	517,56
15.36	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL (SPECT)	855,25	3	R\$	2.565,75
15.37	DETERMINACAO DE FILTRACAO	69,54	3	R\$	208,62

	GLOMERULAR			
15.38	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	69,54	3	R\$ 208,62
15.39	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSÓTIPOS)	59,79	3	R\$ 179,37
15.40	DETERMINAÇÃO DE VOLUME PLASMÁTICO	69,08	3	R\$ 207,24
15.41	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	212,3	3	R\$ 636,90
15.42	ESTUDO RENAL DINÂMICO COM DIURÉTICO	174,07	13	R\$ 2.262,91
TOTAL				R\$ 39.990,06
16 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
16.1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL)	29,59	6	R\$ 177,54
16.2	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	17,71	3	R\$ 53,13
16.3	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (AP + PF)	17,71	5	R\$ 88,55
16.4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLÍQUAS)	23,65	5	R\$ 118,25
16.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	17,71	2	R\$ 35,42
16.6	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	17,71	15	R\$ 265,65
16.7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	17,71	8	R\$ 141,68
16.8	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	17,71	2	R\$ 35,42
16.9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	23,65	4	R\$ 94,60
16.10	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	29,59	3	R\$ 88,77

16.11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	17,71	4	R\$	70,84
16.12	RADIOGRAFIA DE BACIA	17,71	88	R\$	1.558,48
16.13	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	17,71	11	R\$	194,81
16.14	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	17,71	50	R\$	885,50
16.15	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	17,71	34	R\$	602,14
16.16	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	17,71	6	R\$	106,26
16.17	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	29,59	13	R\$	384,67
16.18	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	29,59	23	R\$	680,57
16.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP E LAT	17,71	125	R\$	2.213,75
16.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL AP + LT	23,65	55	R\$	1.300,75
16.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL AP + LT (OBLIQUA)	29,59	10	R\$	295,90
16.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO LOMBAR AP E LAT (TORAXICA)	35,53	125	R\$	4.441,25
16.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	29,59	175	R\$	5.178,25
16.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA AP E LAT	23,65	75	R\$	1.773,75
16.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA PANORAMICA	35,53	25	R\$	888,25
16.26	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	17,71	8	R\$	141,68
16.27	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	17,71	20	R\$	354,20
16.28	RADIOGRAFIA DE COXA	23,65	15	R\$	354,75
16.29	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	17,71	13	R\$	230,23
16.30	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLICUA / BRETTON +	17,71	1	R\$	17,71

	HIRTZ)				
16.31	RADIOGRAFIA DE ESCANOMETRIA	17,71	3	R\$	53,13
16.32	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	70,95	3	R\$	212,85
16.33	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO GASTRO DUODENAL	94,60	3	R\$	283,80
16.34	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	70,95	3	R\$	212,85
16.35	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	17,71	338	R\$	5.985,98
16.36	RADIOGRAFIA DE MAO	17,71	88	R\$	1.558,48
16.37	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	17,71	31	R\$	549,01
16.38	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	17,71	25	R\$	442,75
16.39	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	23,65	13	R\$	307,45
16.40	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	17,71	88	R\$	1.558,48
16.41	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	17,71	125	R\$	2.213,75
16.42	RADIOGRAFIA DE PERNA	17,71	31	R\$	549,01
16.43	RADIOGRAFIA DE PUNHO	17,71	50	R\$	885,50
16.44	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	29,59	75	R\$	2.219,25
16.45	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	23,65	3	R\$	70,95
16.46	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO- LORDORTICA)	29,59	3	R\$	88,77
16.47	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	35,53	25	R\$	888,25
16.48	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	29,59	375	R\$	11.096,25
16.49	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	17,71	100	R\$	1.771,00
16.50	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	17,71	55	R\$	974,05

16.51	RADIOGRAFIA PANORAMICA (BOCA)	35,53	1	R\$	35,53
16.52	RADIOGRAFIA PANORAMICA CONVENCIONAL (DENTIÇÃO)	38,50	100	R\$	3.850,00
16.53	RADIOGRAFIA PANORAMICA PARA IMPLANTE	44	100	R\$	4.400,00
16.54	CLISTER OPACO OU ENEMA OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	80	3	R\$	240,00
16.55	UROGRAFIA EXCRETORA	150	1	R\$	150,00
16.56	UROGRAFIA EXCRETORA VENOSA C/ BEXIGA PRÉ E POS-MICCIONAL	80	3	R\$	240,00
16.57	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	80	3	R\$	240,00
16.58	MAMOGRAFIA BILATERAL	60	625	R\$	37.500,00
16.59	LAUDO DE MAMOGRAFIA	25	625	R\$	15.625,00
16.60	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	70	3	R\$	210,00
16.61	PACOTE DE 600 EXAMES COM LAUDOS/MÊS	21.850,00	12	R\$	262.200,00
16.62	PACOTE DE 1.000 EXAMES COM LAUDOS/MÊS	25.000,00	12	R\$	300.000,00
16.63	PACOTE DE 1.500,00 EXAMES COM LAUDOS/MÊS	28.000,00	12	R\$	336.000,00
TOTAL				R\$	1.015.384,84

Os equipamentos que serão utilizados para a realização dos procedimentos de que tratam os itens 16.58, 16.59 e 16.60 deverão ser de alta frequência digital com digitalizador de imagem e acompanhado de impressora de exames e o Software de Sistema PACS Armaz e Distribuição Local, PRINT – Impressão em Papel, e TELE – serviço de Telerradiologia. O aparelho fornecido pela empresa poderá ter no Máximo 04 (quatro) anos de uso.

A empresa deverá realizar manutenções: preventivas e corretivas dos equipamentos fornecidos por ela, sendo de sua responsabilidade todos os insumos, inclusive: Papel especial para impressão de exames e envelopes para entrega de Exames.

17 - DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
17.1	SEDAÇÃO	400	25	R\$	10.000,00
17.2	CONTRASTE	100	25	R\$	2.500,00

17.3	RESSONANCIA MAGNETICA ESPECTROSCOPIA (ACRESCENTAR EXAME Á BASE DO CRANIO)	165	13	R\$	2.145,00
17.4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	430	2	R\$	860,00
17.5	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	430	3	R\$	1.290,00
17.6	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULARES (BILATERAL)	430	3	R\$	1.290,00
17.7	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO ESTERNO CLAVICULAR	430	3	R\$	1.290,00
17.8	RESSONANCIA MAGNETICA PLEXO BRANQUIAL OU PLEXO LOMBOSSACRAL	750	3	R\$	2.250,00
17.9	RESSONANCIA MAGNETICA PUNÇÃO ARTICULAR ORIENTADA ARTRO TC	430	3	R\$	1.290,00
17.10	RESSONANCIA MAGNETICA HIDRO RM (COLANGIO, URO, MIELO, SIALO, CISTO POR R.M.)	900	2	R\$	1.800,00
17.11	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO (PESCOÇO) ARTERIAL OU VENOSO	700	3	R\$	2.100,00
17.12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (CRÂNIO) ARTERIAL OU VENOSO	700	3	R\$	2.100,00
17.13	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO (TORAX) ARTERIAL OU VENOSO	700	3	R\$	2.100,00
17.14	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO (ABDOMEM SUPERIOR) ARTERIAL OU VENOSO	700	3	R\$	2.100,00
17.15	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO (PELVE) ARTERIAL OU VENOSO	700	1	R\$	700,00
17.16	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO AORTA TORÁXICA	700	3	R\$	2.100,00
17.17	RESSONANCIA MAGNETICA ANGIO AORTA ABDOMINAL	700	3	R\$	2.100,00
17.18	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA (ARTILAÇÃO SACRO ILÍACA)	430	1	R\$	430,00

17.19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	430	13	R\$	5.590,00
17.20	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL	390	6	R\$	2.340,00
17.21	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	430	53	R\$	22.790,00
17.22	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	60	3	R\$	180,00
17.23	RESSONANCIA MAGNETICA DO PENIS	540	1	R\$	540,00
17.24	RESSONANCIA MAGNETICA DA BOLSA ESCROTAL	540	1	R\$	540,00
17.25	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO	1.000,00	3	R\$	3.000,00
17.26	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRAÇO (UNILATERAL)	430	1	R\$	430,00
17.27	RESSONANCIA MAGNETICA DO PUNHO OU COTOVELO - UNILATERAL	430	1	R\$	430,00
17.28	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (ENCÉFALO)	430	38	R\$	16.340,00
17.29	RESSONANCIA MAGNETICA DA BASE DO CRANIO	430	8	R\$	3.440,00
17.30	RESSONANCIA MAGNETICA DOS OSSOS BILATERAIS (MASTÓIDE)	430	3	R\$	1.290,00
17.31	RESSONANCIA MAGNETICA DA ÓRBITA BILATERAL	430	2	R\$	860,00
17.32	RESSONANCIA MAGNETICA DO ANTEBRAÇO UNILATERAL	430	1	R\$	430,00
17.33	RESSONANCIA MAGNETICA DA PERNA - UNILATERAL	540	3	R\$	1.620,00
17.34	RESSONANCIA MAGNETICA DO PÉ (ANTEPÉ)	430	2	R\$	860,00
17.35	RESSONANCIA MAGNETICA DA MÃO - NÃO INCLUI PUNHO	430	1	R\$	430,00
17.36	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA	750	1	R\$	750,00

	BILATERAL (02 MAMAS)			
17.37	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA - UNILATERAL	540	4	R\$ 2.160,00
17.38	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO	430	31	R\$ 13.330,00
17.39	RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOÇO	540	1	R\$ 540,00
17.40	RESSONANCIA MAGNETICA DA FACE - INCLUI SEIOS DA FACE	430	1	R\$ 430,00
17.41	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURSICA (HIPÓFISE)	430	1	R\$ 430,00
17.42	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (MEDIÁSTICO, PULMÃO, PAREDE TORÁXICA)	540	1	R\$ 540,00
17.43	RESSONANCIA MAGNETICA DO OMBRO	430	11	R\$ 4.730,00
17.44	RESSONANCIA MAGNETICA DO TORNOZELO	430	2	R\$ 860,00
17.45	RESSONANCIA MAGNETICA FETAL	520	1	R\$ 520,00
TOTAL				R\$ 123.845,00
18 - DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO
18.1	CONTRASTE	90	275	R\$ 24.750,00
18.2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ÓRBITA	180	2	R\$ 360,00
18.3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARINGE	180	1	R\$ 180,00
18.4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PUNÇÃO ASPIRATIVA	180	1	R\$ 180,00
18.5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	180	6	R\$ 1.080,00
18.6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	180	8	R\$ 1.440,00
18.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRAÇO	180	1	R\$ 180,00

18.8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRAÇO	180	1	R\$	180,00
18.9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL/DORSAL/LOMBAR	180	58	R\$	10.440,00
18.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA ATÉ 3 SEGMENTOS	180	1	R\$	180,00
18.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	180	1	R\$	180,00
18.12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	180	1	R\$	180,00
18.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNA	180	1	R\$	180,00
18.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	180	13	R\$	2.340,00
18.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO	180	5	R\$	900,00
18.16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÃO	180	1	R\$	180,00
18.17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	180	6	R\$	1.080,00
18.18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO	180	3	R\$	540,00
18.19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TOMOMIELOGRAFIA ATÉ 3 SEGMENTOS	180	3	R\$	540,00
18.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	180	4	R\$	720,00
18.21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO	180	1	R\$	180,00
18.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ	180	1	R\$	180,00
18.23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO	180	2	R\$	360,00
18.24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE	80	3	R\$	240,00

SEGMENTO ADICIONAL DA COLUNA				
18.25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA	180	2	R\$ 360,00
18.26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	180	250	R\$ 45.000,00
18.27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	180	80	R\$ 14.400,00
18.28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEGMENTOS APENDICULARES	180	1	R\$ 180,00
18.29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO ILÍACA	180	9	R\$ 1.620,00
18.30	TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR ARTERIAL	242	1	R\$ 242,00
18.31	TC ANGIO TORAX VENOSO	242	1	R\$ 242,00
18.32	TC ANGIO PESCOCO ARTERIAL	242	1	R\$ 242,00
18.33	TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR VENOSO	242	1	R\$ 242,00
18.34	TC ANGIO AORTA ABDOMINAL	242	1	R\$ 242,00
18.35	TC ANGIO PESCOCO VENOSO	242	1	R\$ 242,00
18.36	TC ANGIO CRANIO ARTERIAL	242	1	R\$ 242,00
18.37	TC ANGIO CRANIO VENOSO	242	1	R\$ 242,00
18.38	TC ANGIO PELVE VENOSO	242	1	R\$ 242,00
18.39	TC ANGIO TORAX ARTERIAL	242	1	R\$ 242,00
18.40	TC ANGIO PELVE ARTERIAL	242	1	R\$ 242,00
18.41	TC ANGIO AORTA TORAXICA	242	1	R\$ 242,00
18.42	ANGIO TOMOGRAFIA DAS CORONÁRIAS	1.000,00	1	R\$ 1.000,00
18.43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	180	63	R\$ 11.340,00
TOTAL				R\$ 123.574,00
19 - DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO

19.1	ADICIONAR DOPPLER COLORIDO NA ULTRASSONOGRRAFIA	100	53	R\$	5.300,00
19.2	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR-UNILATERAL	120	18	R\$	2.160,00
19.3	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	120	10	R\$	1.200,00
19.4	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL (INCLUI VARIZES E SAFENAS 2 MEMBROS)	90	125	R\$	11.250,00
19.5	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	90	6	R\$	540,00
19.6	DOPPLER COLORIDO DE AORTA OU ARTÉRIAS RENAIAS	180	6	R\$	1.080,00
19.7	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS - CARÓTIDAS E VERTEBRAIS.	200	30	R\$	6.000,00
19.8	DOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS	150	4	R\$	600,00
19.9	DOPPLER INFANTIL	180	5	R\$	900,00
19.10	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	58,5	43	R\$	2.515,50
19.11	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	80	1.500	R\$	120.000,00
19.12	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	80	275	R\$	22.000,00
19.13	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO (OMBRO, JOELHO E ETC..)	61,5	338	R\$	20.787,00
19.14	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	58,5	33	R\$	1.930,50
19.15	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	68,5	3	R\$	205,50
19.16	ULTRA-SONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO	58,5	1	R\$	58,50
19.17	ULTRA-SONOGRAFIA DE OLHO	80	5	R\$	400,00

19.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	58,5	95	R\$	5.557,50
19.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES	58,5	125	R\$	7.312,50
19.20	ULTRA-SONOGRAFIA DE PEQUENAS PARTES	58,5	12	R\$	702,00
19.21	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	58,5	143	R\$	8.365,50
19.22	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	69,25	5	R\$	346,25
19.23	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	100	180	R\$	18.000,00
19.24	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL Com Doppler	200	6	R\$	1.200,00
19.25	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM BIOPSIA	500	13	R\$	6.500,00
19.26	ULTRA-SONOGRAFIA DE PÉ	58,5	5	R\$	292,50
19.27	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	58,5	38	R\$	2.223,00
19.28	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	58,5	150	R\$	8.775,00
19.29	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX	58,5	3	R\$	175,50
19.30	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA	58,5	1.250	R\$	73.125,00
19.31	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	80	600	R\$	48.000,00
19.32	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	140	275	R\$	38.500,00
19.33	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	129	68	R\$	8.772,00
19.34	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	58,5	138	R\$	8.073,00
19.35	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL/ENDO VAGINAL	58,5	1.250	R\$	73.125,00
19.36	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA OU CRANIANA	80	1	R\$	80,00

19.37	ULTRASSONOGRRAFIA PERNA (TROMBOSE) C/ DOPPLER	96	1	R\$	96,00
19.38	ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	80	1	R\$	80,00
19.39	ULTRASSONOGRRAFIA E ESTRUTURAS COM DOPPLER	160	1	R\$	160,00
19.40	ULTRASSONOGRRAFIA E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MÚSCULO).	80	5	R\$	400,00
19.41	ULTRA-SONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLÓGICA	220	288	R\$	63360,00
TOTAL				R\$	575.907,75
20 - OUTRAS ESPECIALIDADES		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
20.1	CONSULTA MEDICA GENERALISTA	46	6.000	R\$	276.000,00
20.2	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	50	1.000	R\$	50.000,00
20.3	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGISTA	85	25	R\$	2.125,00
20.4	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGISTA	46	125	R\$	5.750,00
20.5	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGISTA	60	300	R\$	18.000,00
20.6	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEdia	46	850	R\$	39.100,00
20.7	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGISTA	46	25	R\$	1.150,00
20.8	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	46	1.700	R\$	78.200,00
20.9	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	100	4	R\$	400,00
20.10	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	60	13	R\$	780,00
20.11	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM	60	275	R\$	16.500,00

	PSIQUIATRIA				
20.12	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA	46	13	R\$	598,00
20.13	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	100	5	R\$	500,00
20.14	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GASTROPEDIATRIA	50	13	R\$	650,00
20.15	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	60	13	R\$	780,00
20.16	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NUTROLOGIA	46	13	R\$	598,00
20.17	CONSULTA MÉDICA NUTRICIONAL	46	50	R\$	2.300,00
20.18	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	46	5	R\$	230,00
20.19	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	46	13	R\$	598,00
20.20	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGISTA	100	25	R\$	2.500,00
20.21	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA	100	250	R\$	25.000,00
20.22	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGISTA	80	13	R\$	1.040,00
20.23	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	60	13	R\$	780,00
20.24	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOPEDIATIRA	100	15	R\$	1.500,00
TOTAL				R\$	525.079,00
21 - PROCEDIMENTOS CLINICOS/ CIRÚRGICOS/ONCOLOGICOS		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
21.1	CISTO SINOVIAL (RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL)	85	3	R\$	255,00
21.2	CISTO EPIDÉRMICO	85	14	R\$	1.190,00
21.3	CISTO SEBÁCEO	85	13	R\$	1.105,00

21.4	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES (ELETROELETROCAUTERIO)	30	3	R\$	90,00
21.5	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE LESÕES CUTANEAS	30	3	R\$	90,00
21.6	INFILTRAÇÃO DE SUBSTANCIAIS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	85	5	R\$	425,00
21.7	CARCINOMA BASOCELULAR	85	3	R\$	255,00
21.8	APENDICECTOMIA	947,95	3	R\$	2.843,85
21.9	CURETAGEM	539,91	3	R\$	1.619,73
21.10	HEMORROIDECTOMIA	473,91	3	R\$	1.421,73
21.11	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	843,65	3	R\$	2.530,95
21.12	POSTECTOMIA	685,2	3	R\$	2.055,60
21.13	HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL)	939,2	3	R\$	2.817,60
21.14	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	668,27	1	R\$	668,27
21.15	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA (UNILATERAL)	839,81	1	R\$	839,81
21.16	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	652,49	3	R\$	1.957,47
21.17	COLECISTECTOMIA ABERTA	1.362,44	3	R\$	4.087,32
21.18	HISTERECTOMIA TOTAL	1.300,70	3	R\$	3.902,10
21.19	MIOMECTOMIA	1.494,46	3	R\$	4.483,38
21.20	CURETAGEM	539,91	5	R\$	2.699,55
21.21	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	698,39	3	R\$	2.095,17
21.22	VASECTOMIA	1.000,00	3	R\$	3.000,00
21.23	PARTO CESARIA ENFERMARIA (INCLUI PEDIATRA)	818,6	2	R\$	1.637,20
21.24	PARTO NORMAL (INCLUI PEDIATRA)	665,1	3	R\$	1.995,30
21.25	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	110	3	R\$	330,00

	COMO CAUSA CIRURGIA BARIÁTRICA				
21.26	GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR	410	3	R\$	1.230,00
21.27	HISTERECTOMIA RADICAL (COM CÂNCER)	765	3	R\$	2.295,00
21.28	HISTERECTOMIA RADICAL (SEM CÂNCER)	655	3	R\$	1.965,00
21.29	MAMOPLASTIA (POR MAMA)	220	3	R\$	660,00
21.30	MASTECTOMIA RADICAL + ESVAZIAMENTO AXILAR	490	1	R\$	490,00
21.31	NEFRECTOMIA COMO CAUSA TUMOR	250	3	R\$	750,00
21.31	NEFRECTOMIA SEM CAUSA TUMOR	150	3	R\$	450,00
21.32	PROSTATECTOMIA RADICAL	490	3	R\$	1.470,00
21.33	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	355	1	R\$	355,00
21.34	ARTROCENTESE (PEQUENAS E GRANDES ARTICULAÇÕES)	85	3	R\$	255,00
21.35	CARCINOMA BASOCELULAR	85	3	R\$	255,00
21.36	LINFADENECTOMIA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.520,00	1	R\$	1.520,00
21.37	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	954	3	R\$	2.862,00
21.38	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL	1.242,00	1	R\$	1.242,00
21.39	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.242,00	1	R\$	1.242,00
21.40	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1.242,00	1	R\$	1.242,00
21.41	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	910	3	R\$	2.730,00
21.42	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM	550	3	R\$	1.650,00

	ONCOLOGIA				
21.43	LINFADENECTOMIA SELETIVA DIAGNOSTICA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	500	3	R\$	1.500,00
21.44	LINFADENECTOMIA SELETIVA COMPLEMENTAR	810	1	R\$	810,00
21.45	LIGADURA DE CAROTIDA	850	1	R\$	850,00
21.46	TIREOIDECTOMIA TOTAL	1.218,00	1	R\$	1.218,00
21.47	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1.850,00	3	R\$	5.550,00
21.48	TIREOIDECTOMIA PARCIAL (LOBECTOMIA)	609	3	R\$	1.827,00
21.49	TIREOIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA (LOBECTOMIA)	925	1	R\$	925,00
21.50	ISTIMECTOMIA	505	1	R\$	505,00
21.51	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1.950,00	1	R\$	1.950,00
21.52	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1.456,00	1	R\$	1.456,00
21.52	CORDECTOMIA PARCIAL	609	3	R\$	1.827,00
21.53	FARINGECTOMIA PARCIAL	974	1	R\$	974,00
21.54	FARINGOTOMIA TOTAL	1.268,00	1	R\$	1.268,00
21.55	EPIGLOTECTOMIA PARCIAL	850	1	R\$	850,00
21.55	EPIGLOTECTOMIA TOTAL	1.120,00	1	R\$	1.120,00
21.56	AMIDALECTOMIA	838	3	R\$	2.514,00
21.57	AMIDALECTOMIA EM ONCOLOGIA	1.550,00	1	R\$	1.550,00
21.58	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL	882	1	R\$	882,00
21.59	TRAQUEOSTOMIA	441	3	R\$	1.323,00
21.60	TRAQUEOSTOMIA COM ANESTESIA LOCAL	855	3	R\$	2.565,00
21.61	TRAQUEOPLASTIA	1.550,00	1	R\$	1.550,00

21.62	GLOSSECTOMIA PARCIAL	855	1	R\$	855,00
21.63	GLOSSECTOMIA TOTAL	1.710,00	1	R\$	1.710,00
21.64	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA	1.998,00	1	R\$	1.998,00
21.65	RESSECÇÃO DE LESÃO DE MUCOSA BUCAL	550	1	R\$	550,00
21.66	RESSECÇÃO EM CUNHA DE LABIO E RECONSTRUÇÃO	552	1	R\$	552,00
21.67	RESSECÇÃO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO	750	1	R\$	750,00
21.68	RESSECÇÃO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO	950	1	R\$	950,00
21.69	VERMELHECTOMIA LABIO	450	3	R\$	1.350,00
21.67	MAXILECTOMIA PARCIAL	910	1	R\$	910,00
21.68	MAXILECTOMIA TOTAL	1.820,00	1	R\$	1.820,00
21.69	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	855	1	R\$	855,00
21.70	MANDIBULECTOMIA TOTAL	1.700,00	3	R\$	5.100,00
21.71	PAROTIDECTOMIA PARCIAL	804	3	R\$	2.412,00
21.72	PAROTIDECTOMIA TOTAL	1.408,00	1	R\$	1.408,00
21.72	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA	1.950,00	1	R\$	1.950,00
21.74	SUBMANDIBULECTOMIAS	650	1	R\$	650,00
21.75	SUBMANDIBULECTOMIAS AMPLIADA	1.020,00	3	R\$	3.060,00
21.76	RESSECÇÃO DE CISTO TIREOGLOSSO	850	3	R\$	2.550,00
21.77	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR PARCIAL	520	1	R\$	520,00
21.78	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR TOTAL + RECONSTRUÇÃO	1.250,00	1	R\$	1.250,00
21.79	RESSECÇÃO DE LESÃO EM NARIZ + RETALHO E OU ENXERTO	550	1	R\$	550,00
21.80	RESSECÇÃO DE LESÃO DE CASTILAGEM NASAL + RECONSTRUÇÃO	750	1	R\$	750,00

21.81	RESSECÇÃO DE LESÃO EM PELE FACE (FECHAMENTO PRIMARIO)	150	1	R\$	150,00
21.82	RESSECÇÃO DE LESÃO EM FACA + RETALHO E OU ENXERTO	505	1	R\$	505,00
21.83	EXENTEREÇÃO DE ORBITA OCULAR + RECONSTRUÇÃO	1.100,00	1	R\$	1.100,00
21.84	BLEFAROPLASTIA (CORREÇÃO PALPEBRAL LESÃO NERVO FACIAL)	505	1	R\$	505,00
21.85	RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO PEITORAL MAIOR	1.153,00	1	R\$	1.153,00
21.86	RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO DERMOCUTANEO	550	1	R\$	550,00
21.87	RETIRADA DA AREA DOADORA + ENXERTO DE PELE + CURATIVO DE BROWN	650	1	R\$	650,00
21.88	GASTROSTOMIA PALIATIVO	550	3	R\$	1.650,00
21.89	LARINGOSUSPENSÃO E BIOPSIA	500	3	R\$	1.500,00
21.90	LINFADENECTOMIA SELETIVA DIAGNOSTICA CERVICAL	500	3	R\$	1.500,00
21.91	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES	1.032,00	3	R\$	3.096,00
21.82	RESSECÇÃO DE LESÃO EM SUBCUTANEO	500	4	R\$	2.000,00
21.93	RESSECÇÃO DE LESÃO DE PELE	150	3	R\$	450,00
21.94	CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA - PACOTE POR BYPASS	14.700,00	4	R\$	58.800,00
21.95	CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA - PACOTE POR SLEEVE	16.320,00	4	R\$	65.280,00
TOTAL				R\$	271.461,03
22 - BIÓPSIAS		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	

22.1	BIOPSIA DE ABORTO / RESTOS OVULARES (FRASCO COM VÁRIOS FRAGMENTOS PEQUENOS)	150	5	R\$	750,00
22.2	BIOPSIA DE ADENOIDES	220	5	R\$	1.100,00
22.3	BIOPSIA DE AMÍGDALAS	220	3	R\$	660,00
22.4	BIOPSIA DE BAÇO POR PUNÇÃO/ASPIRAÇÃO	110	3	R\$	330,00
22.5	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 1 FRAGMENTO)	58	5	R\$	290,00
22.6	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS)	150	5	R\$	750,00
22.7	BIOPSIA DE FETO (ATÉ 500 GRAMAS OU ATÉ 22 SEMANAS DE GESTAÇÃO)	405	3	R\$	1.215,00
22.8	BIOPSIA DE HEMORROIDAS	110	5	R\$	550,00
22.9	BIOPSIA DE LAMINA EM ÁLCOOL OU SECA (PARA CADA 5 LAMINAS COM O MESMO LOCAL DE COLETA)	70	8	R\$	560,00
22.10	BIOPSIA DE LINFONODO ISOLADOS	110	3	R\$	330,00
22.11	BIOPSIA DE PROSTATA	300	5	R\$	1.500,00
22.12	BIOPSIA DE NODULO DE MAMA (POR PEÇA CIRURGICA SIMPLES)	110	8	R\$	880,00
22.13	BIOPSIA DE PELE COM 1 (UM) FRAGMENTO PEQUENO	58	5	R\$	290,00
22.14	BIOPSIA DE PELE EXCISIONAL (RETIRADA DE TODA A LESÃO)	110	21	R\$	2.310,00
22.15	BIOPSIA DE TESTÍCULO	110	1	R\$	110,00
22.16	BIOPSIA DE TUBA UTERINA ISOLADAS	220	1	R\$	220,00
22.17	BIOPSIA DE TUMORES BENIGNOS	110	2	R\$	220,00
22.18	BIOPSIA DE VESICULAR BILIAR	110	1	R\$	110,00
22.19	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	58	2	R\$	116,00

22.20	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS PEQUENOS	150	5	R\$	750,00
22.21	BIOPSIA DO COLO UTERINO E VULVA	43	1	R\$	43,00
22.22	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	58	4	R\$	232,00
22.23	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM MAIS DE 1 FRAGMENTO PEQUENO	150	8	R\$	1.200,00
22.24	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 1 FRAGMENTO	58	1	R\$	58,00
22.25	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS	150	1	R\$	150,00
22.26	BIOPSIA SEGMENTO ÓSSEO COM TUMOR	150	38	R\$	5.700,00
22.27	BIOPSIA DE APÊNDICE CECAL	110	2	R\$	220,00
22.28	REVISÃO DE LAMINAS DE BIOPSIAS	205	1	R\$	205,00
22.29	BIOPSIA DIAGNOSTICA EM AMIGDALA	302	2	R\$	604,00
22.30	BIOPSIA LESÃO DE PELE	100	1	R\$	100,00
22.31	BIOPSIA DE LINGUA	250	3	R\$	750,00
22.32	BIOPSIA INCISIONAL MUCOSA ORAL E OU LABIO	150	1	R\$	150,00
22.33	CORE BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA (PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA) (INCLUSO AGULHA)	400	3	R\$	1.200,00
22.34	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (INCLUSO AGULHA)	350	3	R\$	1.050,00
22.34	COLETA DE MATERIAL PARA BIOPSIA	60	25	R\$	1.500,00
TOTAL				R\$	104.411,00
23 - PROCEDIMENTOS EM HEMODIALISE		VALOR UNIT	QNT ESTIMADA	VLR TOTAL ESTIMADO	
23.1	SESSÃO DE HEMODIALISE	436	250	R\$	109.000,00
TOTAL				R\$	109.000,00

VALOR TOTAL ESTIMADO DE CONTRATAÇÃO

R\$ 4.243.377,10



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:

..... de de

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

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

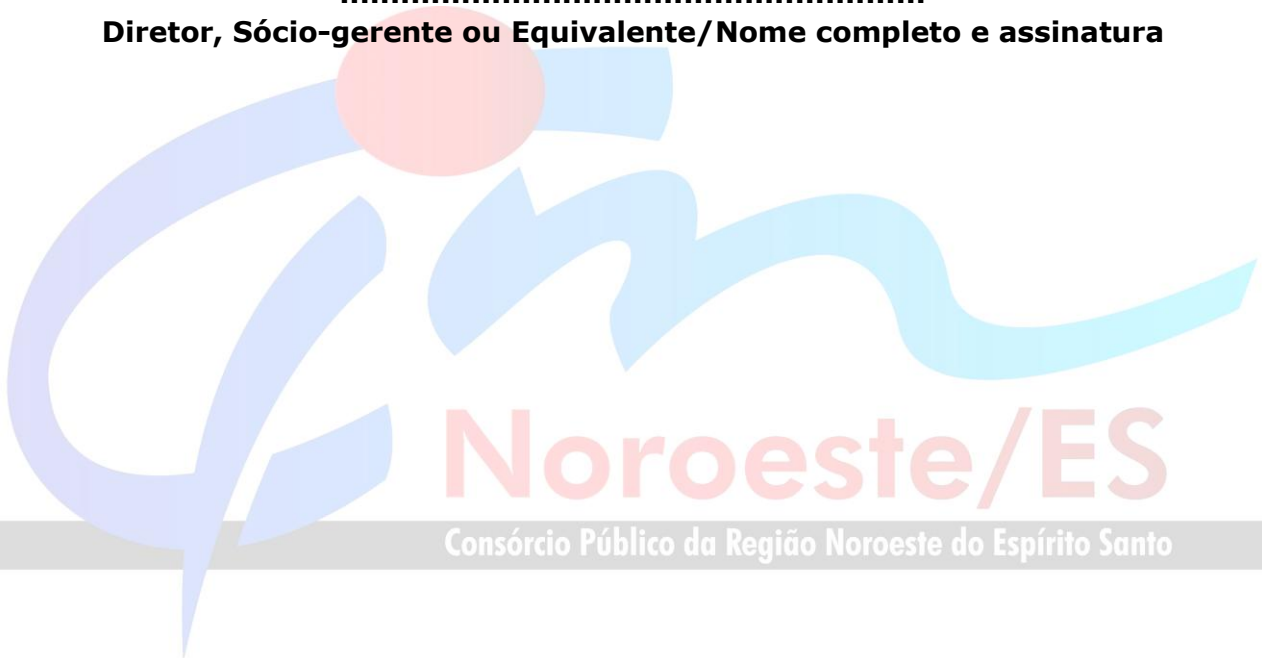
ANEXO II

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 art. n.º 161 da Lei n.º 14.133/21, 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



ANEXO III

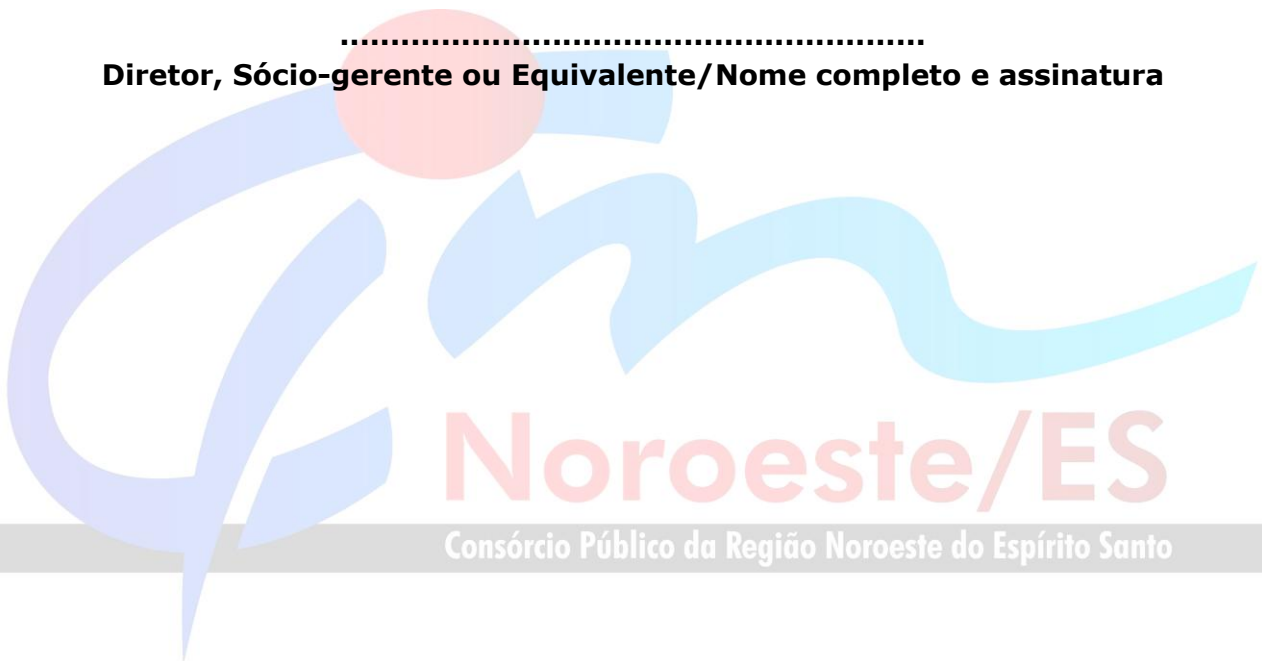
MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ

_____ (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



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



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO E PLENO CONHECIMENTO DO EDITAL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº /2025
PROCESSO LICITATÓRIO Nº /2025

(razão social da licitante), CNPJ nº _____, estabelecida no (a) (endereço completo) , neste ato representada pelo(a) Sr(a). _____ (representante da empresa e qualificação do mesmo, constando inclusive qual a função/cargo na empresa), portador(a) de CI/RG nº _____ , CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da Lei, que possui pleno conhecimento do objeto da Concorrência nº /2025 e concorda com todas as exigências contidas no edital e anexos, e se compromete a prestar fielmente os serviços nos termos do Edital, do Projeto Básico e dos demais anexos que compõem o processo da presente licitação.

..... de de

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



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo