

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 012/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 2826/2023
ID: 2023.501C2600010.18.0013

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 06/11/2023 ENCERRANDO EM 20/11/2023.

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 (duas) sessões, sendo nos dias **14/11/2023 e 21/11/2023** com início dos trabalhos no horário das 13h00min.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do CIM NOROESTE, até o dia 20/11/2023, no horário de funcionamento do consórcio.

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 **012/2023 – 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 clinica 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 **06/11/2023 até 21/11/2023**.

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.

7.3. A empresa participante é obrigada a se credenciar nos termos deste edital;

7.4. É direito do credenciado solicitar seu descredenciamento, porém a empresa terá que ficar 12 (doze) meses sem participar de novo chamamento.

Obs: Os 12 (doze) meses serão contados a partir da solicitação de descredenciamento da empresa.

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 **012/2023** 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.

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

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.

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

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 2023, 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

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 saude@cimnoroeste.es.gov.br 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.

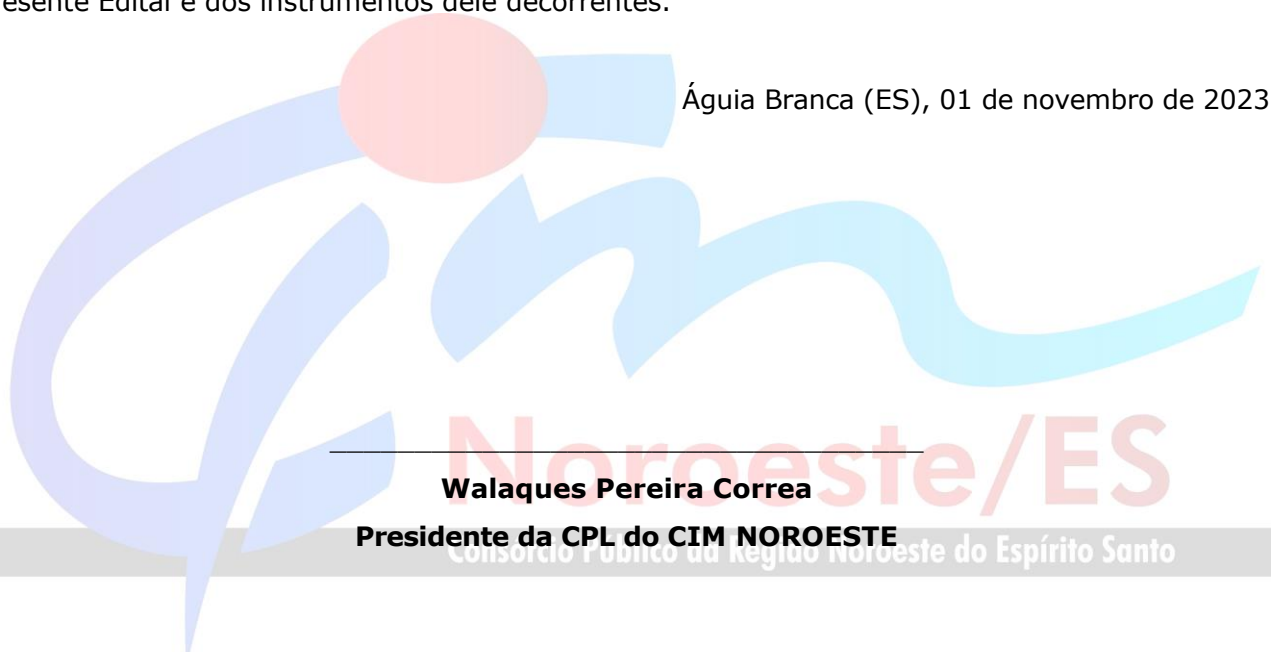
16.4. Caso o CIM NOROESTE não se utilize da prerrogativa de rescindir o termo de credenciamento, ao seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que o Credenciado cumpra integralmente a condição da cláusula infringida, sem prejuízo da incidência das 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), 01 de novembro de 2023.



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 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 **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 DESCRENCIAMENTO

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 **CRENCIADA** 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 **CRENCIADA**, 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 **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 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

Apêndice II

TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DO CIM NOROESTE – TVSPS

| 1 - PROCEDIMENTO CARDIOLÓGICO | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
|------------------------------------|---|------------|--------------|----------------------|
| 1.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGISTA | R\$ 40,00 | 25 | R\$ 1.000,00 |
| 1.2 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA | R\$ 115,00 | 20 | R\$ 2.300,00 |
| 1.3 | TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 100,00 | 20 | R\$ 2.000,00 |
| 1.4 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | R\$ 125,00 | 13 | R\$ 1.625,00 |
| 1.5 | MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) | R\$ 125,00 | 13 | R\$ 1.625,00 |
| 1.6 | ECODOPPLER C/ STRESS FARMACOLÓGICO | R\$ 550,00 | 8 | R\$ 4.400,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 12.950,00 |
| 2 - PROCEDIMENTOS NEUROLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 2.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGISTA | R\$ 40,00 | 25 | R\$ 1.000,00 |
| 2.2 | ELETOENCEFALOGRAMA | R\$ 45,00 | 20 | R\$ 900,00 |
| 2.3 | ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO | R\$ 65,00 | 15 | R\$ 975,00 |
| 2.4 | ELETRONEUROMIOGRAMA (CADA MEMBRO) | R\$ 140,00 | 10 | R\$ 1.400,00 |
| 2.5 | POLISSONOGRAFIA | R\$ 350,00 | 9 | R\$ 3.150,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 7.425,00 |
| 3 - PROCEDIMENTOS EM PNEUMOTOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 3.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA | R\$ 40,00 | 28 | R\$ 1.120,00 |
| 3.2 | ESPIROMETRIA COM OU SEM BRONCODILATADOR | R\$ 120,00 | 30 | R\$ 3.600,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 4.720,00 |
| 4 - PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 4.1 | CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 |
| 4.2 | AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA (ESTUDO URODINÂMICO) | R\$ 480,00 | 8 | R\$ 3.840,00 |
| 4.3 | UROFLUXOMETRIA | R\$ 230,00 | 8 | R\$ 1.840,00 |
| 4.4 | UROGRAFIA EXCRETORA | R\$ 140,00 | 6 | R\$ 840,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 7.040,00 |

| 5 - PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
|--|--|------------|--------------|----------------------|
| 5.1 | CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA | R\$ 40,00 | 25 | R\$ 1.000,00 |
| 5.2 | COLONOSCOPIA | R\$ 335,00 | 10 | R\$ 3.350,00 |
| 5.3 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | R\$ 115,00 | 24 | R\$ 2.760,00 |
| 5.4 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO APARELHO DIGESTIVO | R\$ 150,00 | 4 | R\$ 600,00 |
| 5.5 | POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA | R\$ 150,00 | 4 | R\$ 600,00 |
| 5.6 | ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÓFAGO | R\$ 235,00 | 4 | R\$ 940,00 |
| 5.7 | LIGADURA ELÁSTICA | R\$ 210,00 | 4 | R\$ 840,00 |
| 5.8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON | R\$ 490,00 | 6 | R\$ 2.940,00 |
| 5.9 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA | R\$ 85,00 | 6 | R\$ 510,00 |
| 5.10 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIOPSIA C/ HEMOSTASIA | R\$ 175,00 | 6 | R\$ 1.050,00 |
| 5.11 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL DIGITAL | R\$ 275,00 | 6 | R\$ 1.650,00 |
| 5.12 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA | R\$ 70,00 | 8 | R\$ 560,00 |
| 5.13 | TAMPONAMENTO DE VARIZES ESÓFAGO | R\$ 210,00 | 4 | R\$ 840,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 17.640,00 |
| 6 - PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 6.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGISTA | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 |
| 6.2 | OTC - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA | R\$ 235,00 | 5 | R\$ 1.175,00 |
| 6.3 | CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO A.O. (CAMPIMETRIA) | R\$ 60,00 | 10 | R\$ 600,00 |
| 6.4 | BIOMETRIA (PRE OPERATÓRIO OFTALMOLOGIA DE CATARATA) | R\$ 50,00 | 10 | R\$ 500,00 |
| 6.5 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (POR OLHO) | R\$ 120,00 | 4 | R\$ 480,00 |
| 6.7 | CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA (02 OLHOS) | R\$ 100,00 | 4 | R\$ 400,00 |
| 6.8 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR | R\$ 60,00 | 10 | R\$ 600,00 |
| 6.9 | FUNDOSCOPIA - EXAME DE FUNDO OCULAR POR OFTALMOSCOPIA DIRETA | R\$ 60,00 | 10 | R\$ 600,00 |
| 6.10 | CIRURGIA DE PTERÍGIO | R\$ 700,00 | 8 | R\$ 5.600,00 |
| 6.11 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO OLHO | R\$ 50,00 | 10 | R\$ 500,00 |
| 6.12 | RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (2 OLHOS) | R\$ 150,00 | 10 | R\$ 1.500,00 |

| | | | | |
|--|---|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 6.13 | MAPEAMENTO DE RETINA | R\$ 60,00 | 10 | R\$ 600,00 |
| 6.14 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA | R\$ 85,00 | 9 | R\$ 765,00 |
| 6.15 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER | R\$ 140,00 | 5 | R\$ 700,00 |
| 6.16 | GONIOSCOPIA | R\$ 60,00 | 4 | R\$ 240,00 |
| 6.17 | IRIDOTOMIA COM YAG LASER (POR OLHO) | R\$ 120,00 | 4 | R\$ 480,00 |
| 6.18 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (2 OLHOS) | R\$ 120,00 | 4 | R\$ 480,00 |
| 6.19 | RETINOGRAFIA | R\$ 60,00 | 9 | R\$ 540,00 |
| 6.20 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ 60,00 | 4 | R\$ 240,00 |
| 6.21 | TOPOGRAFIA | R\$ 85,00 | 10 | R\$ 850,00 |
| 6.22 | ECOGRAFIA - OFTALMOLÓGICA | R\$ 80,00 | 10 | R\$ 800,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 18.050,00 |
| 7 - PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 7.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA | R\$ 40,00 | 15 | R\$ 600,00 |
| 7.2 | AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL | R\$ 75,00 | 5 | R\$ 375,00 |
| 7.3 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA) | R\$ 35,00 | 5 | R\$ 175,00 |
| 7.4 | AUDIOMETRIA VOCAL | R\$ 35,00 | 5 | R\$ 175,00 |
| 7.5 | AUDIOMETRIA VOCAL PESQUISA (FRI) | R\$ 35,00 | 5 | R\$ 175,00 |
| 7.6 | BERA | R\$ 185,00 | 15 | R\$ 2.775,00 |
| 7.7 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO | R\$ 24,00 | 5 | R\$ 120,00 |
| 7.8 | REMOÇÃO DE CERUME | R\$ 24,00 | 5 | R\$ 120,00 |
| 7.9 | CAUTERIZAÇÃO PARA EPISTAXE | R\$ 35,00 | 5 | R\$ 175,00 |
| 7.10 | IMITANCIOMETRIA | R\$ 80,00 | 9 | R\$ 720,00 |
| 7.12 | OTOEMISSOES ACÚSTICAS | R\$ 24,00 | 9 | R\$ 216,00 |
| 7.13 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$ 100,00 | 15 | R\$ 1.500,00 |
| 7.14 | VIDEONASOFIBROSCOPIA | R\$ 100,00 | 13 | R\$ 1.300,00 |
| 7.15 | LARINGOSCOPIA DIRETA | R\$ 100,00 | 13 | R\$ 1.300,00 |
| 7.16 | LARINGOSCOPIA DIRETA (RETIRADA DE CORPO ESTRANHO) | R\$ 140,00 | 6 | R\$ 840,00 |

| TOTAL | | | | R\$ 10.566,00 | |
|---|--|------------|-------------------|----------------------|----------------------------|
| 8 - ANESTESIOLOGIA | | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 8.1 | SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 450,00 | 3 | R\$ 1.350,00 | |
| 8.2 | SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | R\$ 450,00 | 28 | R\$ 12.600,00 | |
| 8.3 | CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (INCLUIR BASE) | R\$ 70,00 | 125 | R\$ 8.750,00 | |
| 8.4 | CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (INCLUIR BASE) | R\$ 70,00 | 5 | R\$ 350,00 | |
| 8.5 | ANESTESIA GERAL | R\$ 600,00 | 10 | R\$ 6.000,00 | |
| 8.6 | ANESTESIA PERIDUAL | R\$ 500,00 | 8 | R\$ 4.000,00 | |
| 8.7 | ANESTESIA RAQUIADIANA (Vasectomia, Cesariana, Hérnia, Perineoplastia, Histerectomia) | R\$ 500,00 | 8 | R\$ 4.000,00 | |
| TOTAL | | | | R\$ 37.050,00 | |
| 9 - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO | | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 9.1 | CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO "DIPYRIDAMOL" | R\$ 400,00 | 13 | R\$ 5.200,00 | |
| 9.2 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO NECROSE | R\$ 150,00 | 13 | R\$ 1.950,00 | |
| 9.3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO | R\$ 325,00 | 13 | R\$ 4.225,00 | |
| 9.4 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO/ ESTRESSE | R\$ 400,00 | 13 | R\$ 5.200,00 | |
| 9.5 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO | R\$ 200,00 | 6 | R\$ 1.200,00 | |
| 9.6 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO | R\$ 145,00 | 3 | R\$ 435,00 | |
| 9.7 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES | R\$ 195,00 | 3 | R\$ 585,00 | |
| 9.8 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO | R\$ 135,00 | 3 | R\$ 405,00 | |
| 9.9 | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO | R\$ 75,00 | 3 | R\$ 225,00 | |
| 9.10 | TESTE DO PERCLORATO | R\$ 60,00 | 3 | R\$ 180,00 | |
| 9.11 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO | R\$ 65,00 | 5 | R\$ 325,00 | |
| 9.12 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | R\$ 320,00 | 5 | R\$ 1.600,00 | |
| 9.13 | CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES | R\$ 130,00 | 5 | R\$ 650,00 | |
| 9.14 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | R\$ 130,00 | 6 | R\$ 780,00 | |

| | | | | |
|--|---|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 9.15 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | R\$ 130,00 | 6 | R\$ 780,00 |
| 9.16 | CINTILOGRAFIA RENAL (DTPA) | R\$ 155,00 | 4 | R\$ 620,00 |
| 9.17 | ESTUDO RENAL DINÂMICO SEM DIURÉTICO | R\$ 155,00 | 4 | R\$ 620,00 |
| 9.18 | ESTUDO RENAL DINÂMICO COM DIURÉTICO | R\$ 155,00 | 4 | R\$ 620,00 |
| 9.19 | DETERMINAÇÃO DE VOLUME PLASMÁTICO | R\$ 60,00 | 4 | R\$ 240,00 |
| 9.20 | CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL) | R\$ 100,00 | 3 | R\$ 300,00 |
| 9.21 | DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR | R\$ 43,00 | 3 | R\$ 129,00 |
| 9.22 | DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL | R\$ 43,00 | 3 | R\$ 129,00 |
| 9.23 | CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL) | R\$ 160,00 | 13 | R\$ 2.080,00 |
| 9.24 | MIELO CINTILOGRAFIA | R\$ 155,00 | 3 | R\$ 465,00 |
| 9.25 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ 150,00 | 13 | R\$ 1.950,00 |
| 9.26 | DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS (C/ RADIOSOTOPOS) | R\$ 60,00 | 3 | R\$ 180,00 |
| 9.27 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA) | R\$ 115,00 | 6 | R\$ 690,00 |
| 9.28 | CISTERNOCINTILOGRAFIA | R\$ 215,00 | 4 | R\$ 860,00 |
| 9.29 | CINTILOGRAFIA CEREBRAL | R\$ 110,00 | 10 | R\$ 1.100,00 |
| 9.30 | QUALIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO 67 | R\$ 245,00 | 8 | R\$ 1.960,00 |
| 9.31 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO | R\$ 135,00 | 8 | R\$ 1.080,00 |
| 9.32 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO | R\$ 105,00 | 4 | R\$ 420,00 |
| 9.33 | CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67 | R\$ 370,00 | 8 | R\$ 2.960,00 |
| 9.34 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | R\$ 285,00 | 10 | R\$ 2.850,00 |
| 9.35 | TESTE DO PERCLORATO | R\$ 60,00 | 3 | R\$ 180,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 43.173,00 |
| 10 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 10.1 | SERIOGRAFIA GASTRO DUODENO (RX) | R\$ 165,00 | 13 | R\$ 2.145,00 |
| 10.2 | DENSITOMETRIA ÓSSEA | R\$ 60,00 | 25 | R\$ 1.500,00 |
| 10.3 | UROGRAFIA EXCRETORA | R\$ 140,00 | 13 | R\$ 1.820,00 |
| 10.4 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE | R\$ 80,00 | 13 | R\$ 1.040,00 |

| | | | | |
|---|--|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 10.5 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R\$ 80,00 | 13 | R\$ 1.040,00 |
| 10.6 | UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E POS MICCIONAL | R\$ 80,00 | 13 | R\$ 1.040,00 |
| 10.7 | MAMOGRAFIA BILATERAL | R\$ 42,00 | 50 | R\$ 2.100,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 10.685,00 |
| 11 - DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 11.1 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA (INCLUIR BASE) | R\$ 45,00 | 3 | R\$ 135,00 |
| 11.2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE) | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.3 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO (ENCÉFALO) | R\$ 370,00 | 28 | R\$ 10.360,00 |
| 11.4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DOS OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (MASTÓIDE) | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.5 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ÓRBITA BILATERAL | R\$ 370,00 | 2 | R\$ 740,00 |
| 11.6 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.7 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PECOÇO | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.8 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÃO) | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.9 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA UNILATERAL (INCLUIR QUANTIDADE 2) | R\$ 370,00 | 2 | R\$ 740,00 |
| 11.10 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX (MEDIÁSTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁXICA) | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.11 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDÔMEM SUPERIOR | R\$ 370,00 | 8 | R\$ 2.960,00 |
| 11.12 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL) | R\$ 370,00 | 23 | R\$ 8.510,00 |
| 11.13 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BACIA (SACRO ILÍACA OU COCCIX) | R\$ 370,00 | 4 | R\$ 1.480,00 |
| 11.14 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 2 | R\$ 740,00 |
| 11.15 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR | R\$ 370,00 | 63 | R\$ 23.310,00 |
| 11.16 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 10 | R\$ 3.700,00 |
| 11.17 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BASE DO CRÂNIO | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.18 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA SEGMENTO ADICIONAL | R\$ 45,00 | 3 | R\$ 135,00 |
| 11.19 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BOLSA ESCROTAL | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.20 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.21 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |

| | | | | |
|--------------|---|--------------|----|----------------------|
| 11.22 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO (UNILATERAL) NÃO INCLUI PUNHO | R\$ 370,00 | 5 | R\$ 1.850,00 |
| 11.23 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 2 | R\$ 740,00 |
| 11.24 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÉ (ANTEPÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.25 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) | R\$ 370,00 | 4 | R\$ 1.480,00 |
| 11.26 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 46 | R\$ 17.020,00 |
| 11.27 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO (UNILATERAL) | R\$ 370,00 | 3 | R\$ 1.110,00 |
| 11.28 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÊNIS | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.29 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNÇÃO ARTICULAR ORIENTADA - Artro TC | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.30 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTRO (INCLUIR PUNÇÃO ARTICULAR POR T.C.) POR ARTICULAÇÃO | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.31 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR ARTICULAÇÃO ESTERNO CRAVICULAR | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.32 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) (MASTÓIDE) | R\$ 370,00 | 1 | R\$ 370,00 |
| 11.33 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ESPECTROSCOPIA (ACRESCENTAR EXAME BASE DO CRÂNIO) | R\$ 159,50 | 1 | R\$ 159,50 |
| 11.34 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FLUXO LICÓRICO (ACRESCENTAR EXAME BASE DO CRÂNIO) | R\$ 165,00 | 1 | R\$ 165,00 |
| 11.35 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRANQUIAL OU PLEXO LOMBOSSACRAL | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.36 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA HIDRO (COLANGIO, URO, MIELO, SIALO, CISTO POR RM) | R\$ 500,00 | 3 | R\$ 1.500,00 |
| 11.37 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (CRÂNIO) ARTERIAL OU VENOSO | R\$ 500,00 | 2 | R\$ 1.000,00 |
| 11.38 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (PESCOÇO) ARTERIAL OU VENOSO | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.39 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (TORAX) ARTERIAL OU VENOSO | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.40 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (ABDOMEN SUPERIOR) ARTERIAL OU VENOSO | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.41 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO (PELVE) ARTERIAL OU VENOSO | R\$ 500,00 | 10 | R\$ 5.000,00 |
| 11.42 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO AORTA TORÁXICA | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.43 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANGIO AORTA ABDOMINAL | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 11.44 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO MORFOLÓGICO E FUNCIONAL | R\$ 1.000,00 | 1 | R\$ 1.000,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 96.584,50 |

| 12 - DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
|---------------------------------|---|------------|--------------|---------------------|
| 12.1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS DA FACE | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO | R\$ 160,00 | 4 | R\$ 640,00 |
| 12.3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MANDÍBULA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDE/OUVIDO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRCICA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FARINGE | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.10 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNÇÃO ASPIRATIVA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.11 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 160,00 | 5 | R\$ 800,00 |
| 12.12 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE/BACIA | R\$ 160,00 | 3 | R\$ 480,00 |
| 12.13 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA (DORSAL CERVICAL OU LOMBAR) | R\$ 160,00 | 3 | R\$ 480,00 |
| 12.14 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TOMOMIELOGRAFIA ATÉ 3 SEGMENTOS | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.15 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA ATÉ 3 SEGMENTOS | R\$ 45,00 | 3 | R\$ 135,00 |
| 12.16 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTOS APENDICULARES | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.17 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORAX | R\$ 160,00 | 3 | R\$ 480,00 |
| 12.18 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXTREMIDADES | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.19 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MÃO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.20 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA BRAÇO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.21 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRAÇO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.22 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PÉ | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.23 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PERNA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.24 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.25 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |

| | | | | |
|--|--|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 12.26 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.27 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.28 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.29 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.30 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORNOZELO | R\$ 160,00 | 1 | R\$ 160,00 |
| 12.31 | TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR ARTERIAL | R\$ 200,00 | 3 | R\$ 600,00 |
| 12.32 | TC ANGIO TORAX VENOSO | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.33 | TC ANGIO PESCOCO ARTERIAL | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.34 | TC ANGIO ABDOMEN SUPERIOR VENOSO | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.35 | TC ANGIO AORTA ABDOMINAL | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.36 | TC ANGIO PESCOCO VENOSO | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.37 | TC ANGIO CRANIO ARTERIAL | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.38 | TC ANGIO CRANIO VENOSO | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.39 | TC ANGIO PELVE VENOSO | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.40 | TC ANGIO TORAX ARTERIAL | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.41 | TC ANGIO PELVE ARTERIAL | R\$ 200,00 | 1 | R\$ 200,00 |
| 12.42 | TC ANGIO AORTA TORAXICA | R\$ 200,00 | 2 | R\$ 400,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 9.855,00 |
| 13 - DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 13.1 | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (CAROTIDAS E VERTEBRAIS) | R\$ 175,00 | 1 | R\$ 175,00 |
| 13.2 | DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS | R\$ 165,00 | 1 | R\$ 165,00 |
| 13.3 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R\$ 115,00 | 1 | R\$ 115,00 |
| 13.4 | DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL | R\$ 115,00 | 1 | R\$ 115,00 |
| 13.5 | DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL | R\$ 175,00 | 1 | R\$ 175,00 |
| 13.6 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R\$ 90,00 | 1 | R\$ 90,00 |
| 13.7 | DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL (INCLUI VARIZES E SAFENAS 2 MEMBROS) | R\$ 90,00 | 1 | R\$ 90,00 |

| | | | | |
|----------------------|---|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 13.8 | US DOPPLER CONVENCIONAL ÓRGÃO/ESTRUTURA ISOLADA | R\$ 40,00 | 1 | R\$ 40,00 |
| 13.9 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 90,00 | 1 | R\$ 90,00 |
| 13.10 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 180,00 | 1 | R\$ 180,00 |
| 13.11 | ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM BIOPSIA | R\$ 210,00 | 1 | R\$ 210,00 |
| 13.12 | ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) COM BIOPSIA E SEDAÇÃO | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 13.13 | ADICIONAR DOPPLER COLORIDO NA ULTRASSONOGRRAFIA | R\$ 90,00 | 1 | R\$ 90,00 |
| 13.14 | ECODOPPLERCARDIOGRAMA OU ECOCARDIOGRAMA | R\$ 115,00 | 3 | R\$ 345,00 |
| 13.15 | ECODOPPLER C/ STRESS FARMACOLÓGICO | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 2.980,00 |
| 14 - BIÓPSIAS | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 14.1 | BIOPSIA DE ABORTO / RESTOS OVULARES (FRASCO COM VÁRIOS FRAGMENTOS PEQUENOS) | R\$ 148,12 | 8 | R\$ 1.184,96 |
| 14.2 | BIOPSIA DE ADENOIDES | R\$ 217,24 | 8 | R\$ 1.737,92 |
| 14.3 | BIOPSIA DE AMÍGDALAS | R\$ 217,24 | 8 | R\$ 1.737,92 |
| 14.4 | BIOPSIA DE BAÇO | R\$ 108,62 | 8 | R\$ 868,96 |
| 14.5 | BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 1 FRAGMENTO) | R\$ 55,00 | 8 | R\$ 440,00 |
| 14.6 | BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS) | R\$ 148,12 | 8 | R\$ 1.184,96 |
| 14.7 | BIOPSIA DE FETO (ATÉ 500 GRAMAS OU ATÉ 22 SEMANAS DE GESTAÇÃO) | R\$ 400,76 | 8 | R\$ 3.206,08 |
| 14.8 | BIOPSIA DE HEMORROIDAS | R\$ 108,62 | 8 | R\$ 868,96 |
| 14.9 | BIOPSIA DE LAMINA EM ÁLCOOL OU SECA (PARA CADA 5 LAMINAS COM O MESMO LOCAL DE COLETA) | R\$ 68,31 | 8 | R\$ 546,48 |
| 14.10 | BIOPSIA DE LINFONODO ISOLADOS | R\$ 108,62 | 8 | R\$ 868,96 |
| 14.11 | BIOPSIA DE LIQUIDOS (CELL BLOCK) | R\$ 55,00 | 4 | R\$ 220,00 |
| 14.12 | BIOPSIA DE LIQUIDOS (POR FRASCO) | R\$ 54,89 | 13 | R\$ 713,57 |
| 14.13 | BIOPSIA DE NÓDULO DE MAMA (POR PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES) | R\$ 108,62 | 38 | R\$ 4.127,56 |
| 14.14 | BIOPSIA DE OVÁRIOS ISOLADOS | R\$ 217,24 | 8 | R\$ 1.737,92 |
| 14.15 | BIOPSIA DE PELE COM 1 (UM) FRAGMENTO PEQUENO | R\$ 55,00 | 13 | R\$ 715,00 |
| 14.16 | BIOPSIA DE PELE EXCISIONAL (RETIRADA DE TODA A LESÃO) | R\$ 108,62 | 25 | R\$ 2.715,50 |

| | | | | |
|-------|--|------------|----|--------------|
| 14.17 | BIOPSIA DE PLACENTA (INCLUI PLACENTA, MEMBRANAS FETAIS E CORDÃO UMBILICAL) | R\$ 284,74 | 4 | R\$ 1.138,96 |
| 14.18 | BIOPSIA DE SACO HERMIARIO | R\$ 108,62 | 1 | R\$ 108,62 |
| 14.19 | BIOPSIA DE SEGMENTO DE ESÓFAGO PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR | R\$ 353,05 | 1 | R\$ 353,05 |
| 14.20 | BIOPSIA DE SEGMENTO DE INTESTINO (PEÇA GRANDE) COMO CAUSA DE TUMOR | R\$ 421,36 | 4 | R\$ 1.685,44 |
| 14.21 | BIOPSIA DE SEGMENTO DE INTESTINO (PEÇA GRANDE) SEM CAUSA DE TUMOR | R\$ 108,62 | 1 | R\$ 108,62 |
| 14.22 | BIOPSIA DE SEGMENTO ÓSSEO (FRAGMENTO) | R\$ 108,62 | 1 | R\$ 108,62 |
| 14.23 | BIOPSIA DE TESTÍCULO | R\$ 108,62 | 1 | R\$ 108,62 |
| 14.24 | BIOPSIA DE TUBA UTERINA ISOLADAS | R\$ 217,24 | 3 | R\$ 651,72 |
| 14.25 | BIOPSIA DE TUMORES BENIGNOS | R\$ 108,62 | 9 | R\$ 977,58 |
| 14.26 | BIOPSIA DE VESICULAR BILIAR | R\$ 108,62 | 9 | R\$ 977,58 |
| 14.27 | BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 1 FRAGMENTO PEQUENO | R\$ 55,00 | 4 | R\$ 220,00 |
| 14.28 | BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS PEQUENOS | R\$ 148,12 | 4 | R\$ 592,48 |
| 14.29 | BIOPSIA DO COLO UTERINO E VULVA | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 |
| 14.30 | BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM 1 FRAGMENTO PEQUENO | R\$ 55,00 | 6 | R\$ 330,00 |
| 14.31 | BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM MAIS DE 1 FRAGMENTO PEQUENO | R\$ 148,12 | 6 | R\$ 888,72 |
| 14.32 | BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 1 FRAGMENTO | R\$ 55,00 | 13 | R\$ 715,00 |
| 14.33 | BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS | R\$ 148,12 | 13 | R\$ 1.925,56 |
| 14.34 | BIOPSIA SEGMENTO ÓSSEO COM TUMOR | R\$ 148,12 | 4 | R\$ 592,48 |
| 14.35 | HISTERECTOMIA RADICAL (COM CÂNCER) | R\$ 760,34 | 4 | R\$ 3.041,36 |
| 14.36 | HISTERECTOMIA RADICAL (SEM CÂNCER) | R\$ 651,72 | 8 | R\$ 5.213,76 |
| 14.37 | IMUNO - HISTOQUÍMICA | R\$ 620,00 | 4 | R\$ 2.480,00 |
| 14.38 | REVISÃO DE LAMINAS DE BIOPSIAS | R\$ 204,25 | 1 | R\$ 204,25 |
| 14.39 | BIOPSIA DE APÊNDICE CECAL | R\$ 108,62 | 1 | R\$ 108,62 |
| 14.40 | BIOPSIA DE PRÓSTATA | R\$ 296,24 | 13 | R\$ 3.851,12 |
| 14.41 | CAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO | R\$ 85,00 | 25 | R\$ 2.125,00 |
| 14.42 | PENISCOPIA | R\$ 55,00 | 4 | R\$ 220,00 |

| | | | | |
|---|--|-------------------|---------------------|----------------------------|
| 14.43 | EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA (COLETA) | R\$ 43,50 | 15 | R\$ 652,50 |
| TOTAL | | | | R\$ 52.774,41 |
| 15 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA, PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 15.1 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA | R\$ 6,97 | 750 | R\$ 5.227,50 |
| 15.2 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO | R\$ 7,30 | 750 | R\$ 5.475,00 |
| 15.3 | EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS) | R\$ 10,65 | 25 | R\$ 266,25 |
| 15.4 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL) | R\$ 10,65 | 250 | R\$ 2.662,50 |
| 15.5 | IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO - PROTEINA C REATIVA) | R\$ 3,73 | 125 | R\$ 466,25 |
| 15.6 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA | R\$ 45,00 | 125 | R\$ 5.625,00 |
| 15.7 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA | R\$ 24,00 | 63 | R\$ 1.512,00 |
| 15.8 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA | R\$ 45,00 | 50 | R\$ 2.250,00 |
| 15.9 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA | R\$ 45,00 | 50 | R\$ 2.250,00 |
| 15.10 | EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA | R\$ 45,00 | 125 | R\$ 5.625,00 |
| 15.11 | EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO - PCCU (PAPANICOLAL) | R\$ 7,10 | 500 | R\$ 3.550,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 34.909,50 |
| 16 - PROCEDIMENTOS EM PSICOLOGIA | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 16.1 | CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 |
| 16.2 | SESSÕES DE PSICOLOGIA | R\$ 20,00 | 20 | R\$ 400,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 800,00 |
| 17 - TERAPIAS ESPECIALIZADAS | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 17.1 | ACUPUNTURA E TERAPIAS ALTERNATIVAS E OCUPACIONAIS | R\$ 30,00 | 5 | R\$ 150,00 |
| 17.2 | CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGA | R\$ 40,00 | 5 | R\$ 200,00 |
| 17.3 | CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR | R\$ 40,00 | 4 | R\$ 160,00 |
| 17.4 | SESSÃO EM PSICOPEDAGOGIA E TERAPIA FAMILIAR | R\$ 20,00 | 4 | R\$ 80,00 |
| 17.5 | CONSULTA MEDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR | R\$ 30,00 | 20 | R\$ 600,00 |
| 17.6 | SESSÃO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL | R\$ 20,00 | 5 | R\$ 100,00 |
| TOTAL | | | | R\$ 1.290,00 |

| 18 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS | | | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
|---|--|--|---------------|------------|----------------------|---------------------|
| 18.1 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA | | R\$ 40,00 | 50 | R\$ 2.000,00 | |
| 18.2 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA | | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 | |
| 18.3 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA | | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 | |
| 18.4 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTÉTRICIA | | R\$ 40,00 | 15 | R\$ 600,00 | |
| 18.5 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA | | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 | |
| 18.6 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA | | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 | |
| 18.7 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA | | R\$ 40,00 | 38 | R\$ 1.520,00 | |
| 18.8 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPIEDIA | | R\$ 40,00 | 8 | R\$ 320,00 | |
| 18.9 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGISTA | | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 | |
| 18.10 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGIA | | R\$ 40,00 | 20 | R\$ 800,00 | |
| 18.11 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA | | R\$ 40,00 | 25 | R\$ 1.000,00 | |
| 18.12 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA | | R\$ 40,00 | 38 | R\$ 1.520,00 | |
| 18.13 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA | | R\$ 40,00 | 20 | R\$ 800,00 | |
| 18.14 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA | | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 | |
| 18.15 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA | | R\$ 40,00 | 13 | R\$ 520,00 | |
| 18.16 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INFANTIL | | R\$ 40,00 | 20 | R\$ 800,00 | |
| 18.17 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NEOROPSILOGIA | | R\$ 40,00 | 5 | R\$ 200,00 | |
| 18.18 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA | | R\$ 40,00 | 10 | R\$ 400,00 | |
| 18.19 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL | | R\$ 40,00 | 16 | R\$ 640,00 | |
| 18.20 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM NUTRICIONISTA | | R\$ 40,00 | 3 | R\$ 120,00 | |
| 18.21 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ENDÓCRINO PEDIATRA | | R\$ 100,00 | 50 | R\$ 5.000,00 | |
| TOTAL | | | | | R\$ 19.000,00 | |
| 19 - PROCEDIMENTOS CLINICOS/ CIRÚRGICOS/ONCOLOGICOS | | | | VALOR UNIT | QNT ESTIMADA | VLR. TOTAL ESTIMADO |
| 19.01 | CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA - PACOTE POR BYPASS | | R\$ 14.700,00 | 25 | R\$ 367.500,00 | |
| 19.02 | CIRURGIA BARIÁTRICA GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR | | R\$ 16.320,00 | 25 | R\$ 408.000,00 | |

| | VIDEOLAPAROSCOPIA - PACOTE POR SLEEVE | | | |
|-------|---|--------------|----|--------------|
| 19.03 | CISTO SINOVIAL (RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL) | R\$ 85,00 | 10 | R\$ 850,00 |
| 19.04 | CISTO EPIDÉRMICO | R\$ 85,00 | 10 | R\$ 850,00 |
| 19.05 | CISTO SEBÁCEO | R\$ 85,00 | 10 | R\$ 850,00 |
| 19.06 | CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES (ELETROELETROCAUTERIO) | R\$ 30,00 | 9 | R\$ 270,00 |
| 19.07 | FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS | R\$ 30,00 | 4 | R\$ 120,00 |
| 19.08 | INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA) | R\$ 85,00 | 9 | R\$ 765,00 |
| 19.09 | CARCINOMA BASOCELULAR | R\$ 85,00 | 10 | R\$ 850,00 |
| 19.10 | APENDICECTOMIA | R\$ 947,95 | 3 | R\$ 2.843,85 |
| 19.11 | CURETAGEM | R\$ 539,91 | 3 | R\$ 1.619,73 |
| 19.12 | HEMORROIDECTOMIA | R\$ 473,91 | 1 | R\$ 473,91 |
| 19.13 | COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST | R\$ 843,65 | 1 | R\$ 843,65 |
| 19.14 | POSTECTOMIA | R\$ 685,20 | 3 | R\$ 2.055,60 |
| 19.15 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL) | R\$ 939,20 | 4 | R\$ 3.756,80 |
| 19.16 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 668,27 | 3 | R\$ 2.004,81 |
| 19.17 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA (UNILATERAL) | R\$ 839,81 | 1 | R\$ 839,81 |
| 19.18 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL | R\$ 652,49 | 4 | R\$ 2.609,96 |
| 19.19 | COLECISTECTOMIA ABERTA | R\$ 1.362,44 | 1 | R\$ 1.362,44 |
| 19.20 | HISTERECTOMIA TOTAL | R\$ 1.300,70 | 3 | R\$ 3.902,10 |
| 19.21 | MIOMECTOMIA | R\$ 1.494,46 | 1 | R\$ 1.494,46 |
| 19.23 | SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBÁRIA) | R\$ 698,39 | 1 | R\$ 698,39 |
| 19.24 | VASECTOMIA | R\$ 1.000,00 | 3 | R\$ 3.000,00 |
| 19.25 | PARTO CESÁRIA ENFERMARIA (INCLUI PEDIATRA) | R\$ 818,60 | 6 | R\$ 4.911,60 |
| 19.26 | PARTO NORMAL (INCLUI PEDIATRA) | R\$ 665,10 | 8 | R\$ 5.320,80 |
| 19.27 | GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA CIRURGIA BARIÁTRICA | R\$ 110,00 | 1 | R\$ 110,00 |
| 19.28 | GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIAL COMO CAUSA DE TUMOR | R\$ 410,00 | 1 | R\$ 410,00 |

| | | | | |
|-------|--|--------------|---|--------------|
| 19.29 | HISTERECTOMIA RADICAL (COM CÂNCER) | R\$ 765,00 | 3 | R\$ 2.295,00 |
| 19.30 | HISTERECTOMIA RADICAL (SEM CÂNCER) | R\$ 655,00 | 3 | R\$ 1.965,00 |
| 19.31 | MAMOPLASTIA (POR MAMA) | R\$ 220,00 | 1 | R\$ 220,00 |
| 19.32 | MASTECTOMIA RADICAL + ESVAZIAMENTO AXILAR | R\$ 490,00 | 1 | R\$ 490,00 |
| 19.33 | NEFRECTOMIA COMO CAUSA TUMOR | R\$ 250,00 | 1 | R\$ 250,00 |
| 19.34 | NEFRECTOMIA SEM CAUSA TUMOR | R\$ 150,00 | 1 | R\$ 150,00 |
| 19.35 | PROSTATECTOMIA RADICAL | R\$ 490,00 | 1 | R\$ 490,00 |
| 19.36 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA | R\$ 355,00 | 1 | R\$ 355,00 |
| 19.37 | ARTROCENTESE (PEQUENAS E GRANDES ARTICULAÇÕES) | R\$ 85,00 | 1 | R\$ 85,00 |
| 19.39 | LINFADENECTOMIA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.520,00 | 1 | R\$ 1.520,00 |
| 19.40 | LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA | R\$ 954,00 | 1 | R\$ 954,00 |
| 19.41 | LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL | R\$ 1.242,00 | 1 | R\$ 1.242,00 |
| 19.42 | LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMOHIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.242,00 | 1 | R\$ 1.242,00 |
| 19.43 | LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.242,00 | 1 | R\$ 1.242,00 |
| 19.44 | LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA | R\$ 910,00 | 1 | R\$ 910,00 |
| 19.45 | LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 19.46 | LINFADENECTOMIA SELETIVA COMPLEMENTAR | R\$ 810,00 | 1 | R\$ 810,00 |
| 19.47 | LINFADENECTOMIA SELETIVA DIAGNÓSTICA CERVICAL | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 19.48 | LIGADURA DE CAROTIDA | R\$ 850,00 | 1 | R\$ 850,00 |
| 19.49 | TIREOIDECTOMIA TOTAL | R\$ 1.218,00 | 1 | R\$ 1.218,00 |
| 19.50 | TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.850,00 | 1 | R\$ 1.850,00 |
| 19.51 | TIREOIDECTOMIA PARCIAL (LOBECTOMIA) | R\$ 609,00 | 1 | R\$ 609,00 |
| 19.52 | TIREOIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA (LOBECTOMIA) | R\$ 925,00 | 1 | R\$ 925,00 |
| 19.53 | ISTIMECTOMIA | R\$ 505,00 | 1 | R\$ 505,00 |
| 19.54 | LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.950,00 | 1 | R\$ 1.950,00 |
| 19.55 | LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA | R\$ 1.456,00 | 1 | R\$ 1.456,00 |

| | | | | |
|-------|--|--------------|---|--------------|
| 19.56 | CORDECTOMIA PARCIAL | R\$ 609,00 | 1 | R\$ 609,00 |
| 19.57 | FARINGECTOMIA PARCIAL | R\$ 974,00 | 1 | R\$ 974,00 |
| 19.58 | FARINGOTOMIA TOTAL | R\$ 1.268,00 | 1 | R\$ 1.268,00 |
| 19.59 | EPIGLOTECTOMIA PARCIAL | R\$ 850,00 | 1 | R\$ 850,00 |
| 19.60 | EPIGLOTECTOMIA TOTAL | R\$ 1.120,00 | 1 | R\$ 1.120,00 |
| 19.61 | AMIDALECTOMIA | R\$ 838,00 | 1 | R\$ 838,00 |
| 19.62 | AMIDALECTOMIA EM ONCOLOGIA | R\$ 1.550,00 | 1 | R\$ 1.550,00 |
| 19.63 | TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL | R\$ 882,00 | 1 | R\$ 882,00 |
| 19.64 | TRAQUEOSTOMIA | R\$ 441,00 | 1 | R\$ 441,00 |
| 19.65 | TRAQUEOSTOMIA COM ANESTESIA LOCAL | R\$ 855,00 | 1 | R\$ 855,00 |
| 19.66 | TRAQUEOPLASTIA | R\$ 1.550,00 | 1 | R\$ 1.550,00 |
| 19.67 | GLOSSECTOMIA PARCIAL | R\$ 855,00 | 1 | R\$ 855,00 |
| 19.68 | GLOSSECTOMIA TOTAL | R\$ 1.710,00 | 1 | R\$ 1.710,00 |
| 19.69 | PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA | R\$ 1.998,00 | 1 | R\$ 1.998,00 |
| 19.70 | RESSECÇÃO DE LESÃO DE MUCOSA BUCAL | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 19.71 | RESSECÇÃO EM CUNHA DE LABIO E RECONSTRUÇÃO | R\$ 552,00 | 1 | R\$ 552,00 |
| 19.72 | RESSECÇÃO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO | R\$ 750,00 | 1 | R\$ 750,00 |
| 19.73 | RESSECÇÃO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO | R\$ 950,00 | 1 | R\$ 950,00 |
| 19.74 | VERMELHECTOMIA LABIO | R\$ 450,00 | 1 | R\$ 450,00 |
| 19.75 | MAXILECTOMIA PARCIAL | R\$ 910,00 | 1 | R\$ 910,00 |
| 19.76 | MAXILECTOMIA TOTAL | R\$ 1.820,00 | 1 | R\$ 1.820,00 |
| 19.77 | MANDIBULECTOMIA PARCIAL | R\$ 855,00 | 1 | R\$ 855,00 |
| 19.78 | MANDIBULECTOMIA TOTAL | R\$ 1.700,00 | 1 | R\$ 1.700,00 |
| 19.79 | PAROTIDECTOMIA PARCIAL | R\$ 804,00 | 1 | R\$ 804,00 |
| 19.80 | PAROTIDECTOMIA TOTAL | R\$ 1.408,00 | 1 | R\$ 1.408,00 |
| 19.81 | PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA | R\$ 1.950,00 | 1 | R\$ 1.950,00 |

| | | | | |
|--------------------|---|--------------|-----|-------------------------|
| 19.82 | SUBMANDIBULECTOMIAS | R\$ 650,00 | 1 | R\$ 650,00 |
| 19.83 | SUBMANDIBULECTOMIAS AMPLIADA | R\$ 1.020,00 | 1 | R\$ 1.020,00 |
| 19.84 | RESSECÇÃO DE CISTO TIREOGLOSSO | R\$ 850,00 | 1 | R\$ 850,00 |
| 19.85 | RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR PARCIAL | R\$ 520,00 | 1 | R\$ 520,00 |
| 19.86 | RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR TOTAL + RECONSTRUÇÃO | R\$ 1.250,00 | 1 | R\$ 1.250,00 |
| 19.87 | RESSECÇÃO DE LESÃO EM NARIZ + RETALHO E OU ENXERTO | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 19.88 | RESSECÇÃO DE LESÃO DE CASTILAGEM NASAL + RECONSTRUÇÃO | R\$ 750,00 | 1 | R\$ 750,00 |
| 19.89 | RESSECÇÃO DE LESÃO EM PELE FACE (FECHAMENTO PRIMARIO) | R\$ 150,00 | 1 | R\$ 150,00 |
| 19.90 | RESSECÇÃO DE LESÃO EM FACA + RETALHO E OU ENXERTO | R\$ 505,00 | 1 | R\$ 505,00 |
| 19.91 | EXENTEREÇÃO DE ORBITA OCULAR + RECONSTRUÇÃO | R\$ 1.100,00 | 1 | R\$ 1.100,00 |
| 19.92 | BLEFAROPLASTIA (CORREÇÃO PALPEBRAL LESÃO NERVO FACIAL) | R\$ 505,00 | 1 | R\$ 505,00 |
| 19.93 | RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO MIOCUTANEO PEITORAL MAIOR | R\$ 1.153,00 | 1 | R\$ 1.153,00 |
| 19.94 | RECONSTRUCÇÃO COM RETALHO DERMOCUTANEO | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 19.95 | RETIRADA DA AREA DOADORA + ENXERTO DE PELE + CURATIVO DE BROWN | R\$ 650,00 | 1 | R\$ 650,00 |
| 19.96 | GASTROSTOMIA PALIATIVO | R\$ 550,00 | 1 | R\$ 550,00 |
| 19.97 | LARINGOSUSPENSÃO E BIOPSIA | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 19.98 | RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES | R\$ 1.032,00 | 1 | R\$ 1.032,00 |
| 19.99 | RESSECÇÃO DE LESÃO EM SUBCUTANEO | R\$ 500,00 | 1 | R\$ 500,00 |
| 19.100 | RESSECÇÃO DE LESÃO DE PELE | R\$ 150,00 | 1 | R\$ 150,00 |
| 19.101 | CORE BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA (PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA)(INCLUSO AGULHA) | R\$ 400,00 | 20 | R\$ 8.000,00 |
| 19.102 | PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA | R\$ 350,00 | 20 | R\$ 7.000,00 |
| 19.103 | LAUDOS DE MAMOGRAFIA | R\$ 25,00 | 150 | R\$ 3.750,00 |
| 19.104 | EXOMA COMPLETO | R\$ 5.180,10 | 15 | R\$ 77.701,50 |
| TOTAL | | | | R\$ 973.531,41 |
| TOTAL GERAL | | | | R\$ 1.361.023,82 |

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

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

....., de de

.....
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

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



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO E PLENO CONHECIMENTO DO EDITAL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº xxx/2023

PROCESSO LICITATÓRIO Nº xxx/2023

(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 001/2019 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.

(Local e data)

(assinatura do representante legal)

Noroeste/ES
Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo