

PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021

EDITAL RETIFICADO

Local: O recebimento da documentação para o credenciamento ocorrerá exclusivamente no formato eletrônico através do site www.licitardigital.com.br

Período: **27/08/2021 a 27/08/2022**

Horário: Até as 23h:59min do dia 27/08/2022.

Modo: Aberto

1 - PREÂMBULO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL, inscrito no CNPJ sob o nº. 01.921.228/0001-87, através da Comissão Permanente de Licitação nomeada pela Portaria nº. 022/2021, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e suas modificações posteriores, torna público que receberá, durante o período de **27/08/2021 a 27/08/2022**, no site www.licitardigital.com.br, de forma exclusiva pelo método eletrônico, propostas para o **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021 Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos municípios consorciados, exceto Itabira.**

2 - DO OBJETO

2.1 - O presente Credenciamento Eletrônico tem por objeto a **Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos municípios consorciados, exceto Itabira**, conforme anexo.

2.2 - A aquisição do Edital completo poderá ser feito pelo licitante no setor de licitações/ Compras do CISCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste, situado na Avenida Duque de Caxias, nº. 850, Bairro Esplanada da Estação, Itabira-MG, no horário de **08:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00** horas ou pelos endereços eletrônicos: www.ciscel.mg.gov.br ou www.licitardigital.com.br - licitações.

3 - FINALIDADE

3.1 - O presente credenciamento eletrônico tem por finalidade atender a demanda dos municípios de consorciados do CISCEL

3.1.1 - Municípios consorciados ao CISCEL:

Barão de Cocais; Bom Jesus do Amparo; Ferros; Itabira; Itambé do Mato Dentro; Morro do Pilar; Passabém; Santa Bárbara, Santa Maria de Itabira; Santo Antônio do Rio Abaixo; São Gonçalo do Rio Abaixo; São Sebastião do Rio Preto.

4 - DA FORMA DE ATENDIMENTO

4.1 - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste, através das Secretarias de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes **exames especializados de baixa, média e alta complexidade**, conforme anexo constante do edital.

4.2 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CISCEL, expedida individualmente, pelos Secretários Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

5 - DO VALOR E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

5.1 - O valor do serviço objeto deste credenciamento está estabelecido nos **ANEXOS I a XXV** que são partes integrantes do presente Edital e do contrato a ser celebrado.

5.2 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado, a partir do 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento.

5.2.1 - O credenciado encaminhará ao CISCEL até 02 (dois) dias após solicitação via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista.

5.3 - A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

5.4 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.

6 - DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO

6.1 - Poderão participar do presente credenciamento eletrônico pessoas Jurídicas legalmente constituídas e habilitadas, com regularidade jurídica, fiscal e trabalhista, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de indignidade por parte do Poder Público e que satisfaçam as condições fixadas neste edital de Credenciamento, aceitando as normas estabelecidas pelo CISCEL.

6.1.1 - É de responsabilidade exclusiva e integral da pessoa jurídica credenciada a utilização de pessoal para execução do objeto da contratação, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao CONSÓRCIO.

6.1.2 - É vedada participação de Pessoa Jurídica na qual, dentre seus dirigentes responsáveis técnicos ou legais, bem como dentre eventuais subcontratados, fique ocupante de cargo ou de emprego público na Administração direta ou indireta do CISCEL- Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste.

6.2 - Os participantes deverão primeiramente se inscrever na plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico no endereço: www.licitardigital.com.br, dentro da opção: Adesão - Adesão fornecedor. Cadastrada senha de acesso, será liberado o acesso à área logada. O participante deverá, após selecionar o edital enviar a documentação necessária, informar os serviços aos quais pretende se credenciar e solicitar a participação no credenciamento. Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitardigital.

6.2.1 - DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual; ou Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, 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; ou Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
- b) Comprovante de Inscrição do CNPJ;
- c) Prova de regularidade conjunta de Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, nos termos da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/2014;
- d) Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Estado;
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Município.
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, 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, conforme estabelecido pela Lei nº 12.440/2011);
- h) Registro da Pessoa Jurídica no Conselho de fiscalização profissional respectivo;
- i) Registro no Conselho de Classe equivalente (Pessoa Física);
- j) Alvará de Funcionamento vigente;
- k) Alvará Sanitário vigente*;
- l) Comprovação de titulação da especialidade compatível ao objeto da licitação, com o RQE (Registro de Qualificação de Especialista).
- m) Ficha do CNES (CADASTRO NACIONAL ESTABELECIMENTO SAÚDE)*;
- n) ANEXO XXXVI - Relação de Profissionais;
- o) ANEXO XXVII- Dados Complementares;
- p) ANEXO XXVIII - Modelo de Procuração;
- q) ANEXO XXIX - Termo de Referência;
- r) ANEXO XXX - Planilha de disponibilidade de demanda pelo credenciamento;
- s) ANEXO XXXI - Minuta de Contrato.

6.2.1.1 - Os documentos de habilitação deverão ser anexados na plataforma eletrônica em formato PDF.

6.2.1.2 - A relação de profissionais (ANEXO XXVI), dados complementares (ANEXO XXVII), modelo de procuração (ANEXO XXVIII), poderão ser preenchidas, convertidas em PDF e assinadas eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001 e após anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento (sem a necessidade de impressão e assinatura física do documento); ou

Poderão ser preenchidas, impressas, assinadas fisicamente, digitalizadas em PDF e posteriormente anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento.

6.2.2 - Não será credenciado o prestador de serviço que deixar de apresentar quaisquer desses documentos acima, ou apresentá-los em desacordo com o presente Edital de Credenciamento, resguardada a hipótese do participante que se declarar micro empresa e a empresa de pequeno porte, que possuindo restrição em qualquer documento de **regularidade fiscal, terá sua habilitação condicionada à apresentação da nova documentação, que comprove sua regularidade em 5 (cinco) dias úteis, a contar da comunicação da pendência na plataforma eletrônica do credenciamento, para regularização da documentação.**

6.3. Por se tratar de um credenciamento aberto, e, assim sem distribuição de quantitativo, deverá o fornecedor no campo quantitativo deixar como zero, conforme exemplo abaixo:

Item	Descrição	Unitário	Total	Quantidade	Qtde. Disponível
Oftalmologia					
1	Consultas de Oftalmologia	60,00	0,00	- Consultas	-
Totais			0,00	0,00	0,00

6.4. No contrato a ser gerado constará apenas os valores dos procedimentos, sendo que a distribuição dos serviços será realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados forem surgindo.

6.5. Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitar Digital.

7 - DA ADESÃO AO CREDENCIAMENTO

7.1 - Os proponentes, ao efetivarem o CREDENCIAMENTO, concordam automaticamente com todos os termos do Edital e seus anexos.

7.2 - A contratação somente se efetivará após o cumprimento dos critérios estabelecidos neste EDITAL DE CREDENCIAMENTO, definidos pelo CISCEL.

7.3 - Será considerada habilitada a empresa que apresentar toda a documentação em conformidade com a cláusula 6.2.1 do presente edital.

7.4 – A distribuição da demanda que surgir durante o período de vigência do presente credenciamento será realizada da seguinte forma:

a) A divisão da demanda observará a territorialidade, visando menor custo aos municípios consorciados, observando o local de melhor comodidade dos pacientes e menor custo-benefício da locomoção.

b) - A divisão da demanda respeitará a proporcionalidade igualitária e o princípio da isonomia entre todos os participantes, considerando: 1. O melhor interesse do cidadão a ser atendido; 2. A economicidade para a prestação dos serviços pelos Ente Consorciados, como por exemplo: o transporte dos pacientes; 3. O princípio da eficiência; 4. A melhor técnica aplicada em benefício ao cidadão a ser atendido.

c) Não poderá haver distribuição à beneficiar um Fornecedor Credenciamento em detrimento de outro Fornecedor Credenciando no caso de características iguais entre ambas as empresas, devendo ser realizada a rotatividade na distribuição entre os Fornecedores Credenciados;

d) Considera-se Fornecedores com características iguais, as empresas sediadas na mesma cidade e com a declaração de capacidade de atendimento similares;

e) A distribuição da demanda poderá em casos excepcionais ser realizada de forma desigual, a fim de atender ao interesse público e nos seguintes casos:

1. Atendimento de pacientes em retornos de consultas especializadas, onde a consulta com o mesmo profissional do primeiro atendimento se faz necessário;

2. Em casos de calamidade pública em saúde onde a prestação de serviços por uma determinada Empresa Credenciada se faça necessário em detrimento de outras, em razão de qualidade diferenciada na prestações dos serviços, prestação de serviços em horários não comerciais e ou melhor técnica a ser aplicada;

2.1. No caso do subitem 2, da presente cláusula, deverá a autoridade competente do CISCEL, justificar motivadamente a distribuição da demanda de forma não igualitária.

7.4.4 - As quantidades de procedimentos a serem contratadas e distribuídas, serão estimadas de acordo com a demanda solicitada de cada município consorciado, observando ainda o local de melhor comodidade dos pacientes e melhor custo-benefício da locomoção, sendo sempre estimado o número de procedimentos, não garantindo ao credenciamento, quantitativo mínimo de procedimentos a serem realizados.

7.5 - O quantitativo genérico previsto neste Edital é meramente estimativo, representando apenas o que o CISCEL considera que poderá surgir de demanda real no período de 12 (doze) meses, podendo o CONTRATANTE requisitar os serviços em quantidade inferior ou superior ao estabelecido nas Planilhas constantes dos Anexos ao Edital, de acordo com a demanda dos usuários da rede.

7.6 - É vedado:

7.6.1 - A cobrança de qualquer natureza dos pacientes encaminhados para a realização dos ATENDIMENTOS.

8 - DA CONVOCAÇÃO

8.1 - Os documentos de habilitação deverão ser encaminhados exclusivamente pela plataforma eletrônica indicada no item “1” (www.licitardigital.com.br), no período de 27/08/2021 a 27/08/2022.

8.2 - O CISCEL convocará o candidato selecionado, através da plataforma eletrônica do credenciamento e ou e-mail, para assinar o contrato no prazo de até 05 (cinco) dias contados a partir do envio do e-mail ou da comunicação na plataforma;

8.3 - O contrato de credenciamento será enviado ao candidato selecionado pela plataforma eletrônica e ou e-mail, sendo que, poderá o candidato devolver o contrato assinado:

8.3.1 - Pela plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico, através de arquivo PDF, assinado eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001; ou

8.3.2 - Devolver o contrato assinado no formato físico, a ser encaminhado para o Endereço do CISCEL, Av: Duque de Caxias, 850, Bairro Esplanada da Estação, em Itabira- MG, CEP 35900-236;

8.4 - O não atendimento à convocação para assinatura do contrato, no prazo previsto no subitem 8.3, representará a desistência da empresa com relação ao procedimento previsto neste Edital.

8.5 - O resultado da habilitação e do credenciamento será divulgado em até 30 (trinta) dias após o credenciamento do interessado e será afixado em local próprio no saguão da sede do CISCEL, no site www.ciscel.mg.gov.br e www.licitardigital.com.br e/ou publicação no diário local.

8.6 - É vedada a transferência, total ou parcial, para terceiros, do objeto do presente credenciamento, sem a anuência prévia do CISCEL.

9 - DO PRAZO

O prazo de vigência do credenciamento será até 27/08/2022.

10 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente licitação, correrão por conta da dotação orçamentária abaixo especificada do orçamento para o exercício de 2021, devendo ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica, no orçamento do(s) próximo(s) exercício(s) para continuação do Contrato, em caso de necessidade de prorrogação:

Ficha Funcional n.º01002.1012210022.003 - Manutenção Atividade Ambulatorial - Contratos Clínicas. Elemento de despesa n.º33903900000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica. Fonte nº112. Ficha n.º25

11 - DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

11.1 - O contrato a ser firmado, cuja minuta (**Anexo XXXI**) integra o presente edital para todos os fins e efeitos de direito, regulamentará as condições de sua execução, bem como os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, sujeitando-se aos preceitos de direito público e aplicando-se subsidiariamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

11.2 - O prazo de vigência do credenciamento será até 27/08/2022.

12 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 - A prestação dos serviços deverá ser realizada na Clínica ou Consultório do CONTRATADO, de segunda a sexta-feira, ou em outros dias a serem previamente acordado pelas partes;

12.2 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.

12.3 - A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

13 - DOS RECURSOS

Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso diretamente na plataforma eletrônica do credenciamento, no endereço www.licitardigital.com.br, nos termos da Portaria CISCEL nº006/2020 e art. 165, da Lei Federal nº 14.133/21.

14 - DOS PREÇOS PRATICADOS

O valor constante do anexo, foi fixado em conformidade com a Portaria nº.024/2021, respeitando a real capacidade financeira deste Consórcio.

15 - DOS ANEXOS

15.1- Integram o presente Edital os seguintes anexos:

- a)ANEXO XXVI - Relação de Profissionais;
- b)ANEXO XXVII- Dados Complementares;
- c)ANEXO XXVIII - Modelo de Procuração;
- d)ANEXO XXIX - Termo de Referência;
- e)ANEXO XXX - Planilha de disponibilidade de demanda pelo credenciamento;
- f) ANEXO XXXI - Minuta de Contrato.

Itabira,05 de agosto de 2021.

Nélia Maria Tonelli Carvalho
Secretária Executiva do CISCEL

Hudson Alves da Anunciação
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO Nº 009/2021**

ANEXO I			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL			
Grupo: PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANESTESISTA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS - Valor por cada cirurgia *Para realização desse procedimento deverá: * realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$120,00	R\$ 120.000,00
2	APLICAÇÃO DE LUCENTIS - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$2.128,00	R\$42.560,00
3	APLICAÇÃO DE TRIANCINOLONA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$350,00	R\$3.500,00
4	CIRURGIÃO PARA REALIZAR CIRURGIA DE CATARATA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$128,64	R\$90.048,00
5	CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer o cautério e acessórios esterelizados	R\$3.000,00	R\$ 600.000,00
6	CIRURGIA DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a lente; contratar instrumentador. e alinhar com a agenda do procedimento de catarata (com anestesia).	R\$300,00	R\$6.000,00
7	CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$750,00	R\$ 15.000,00
8	EXERESE DE CALÁZIO MONOCULAR - Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$37,80	R\$1.890,00
9	EXERESE DE CISTO MOLL - MONOCULAR Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$215,00	R\$2.150,00
10	EXERESE DE NÓDULOS PALPEBRAL MONOCULAR - Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$250,00	R\$ 10.000,00

11	INJECAO DE AVASTIM - POR APLICAÇÃO Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$550,00	R\$110.000,00
12	INJECAO DE TOXINA BOTULINICA MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$790,00	R\$7.900,00
13	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$50,00	R\$2.500,00
14	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$162,40	R\$48.720,00
15	CIRURGIA DE CATARATA EM CONJUNTO COM RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE MONOCULAR (incluindo os honorários médicos e deverá trazer o material - kit troca valvulado 23 GA)	R\$1.808,00	R\$36.160,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 1.096.428,00

ANEXO II

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES OFTALMOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA - RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$70,00	R\$21.000,00
2	CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
3	CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR	R\$90,00	R\$36.000,00
4	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO MINIMO 3 MEDIDAS BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
5	ECOBIMETRIA A - MONOCULAR	R\$24,24	R\$12.120,00
6	ECOBIMETRIA B - MONOCULAR	R\$40,00	R\$28.000,00
7	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
8	MAPEAMENTO DE RETINA BINOCULAR	R\$24,00	R\$12.000,00
9	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
10	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$30,00	R\$15.000,00
11	TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR	R\$ 65,00	R\$32.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$196.620,00

ANEXO III			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL			
	Grupo: EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA		
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO, VESÍCULA BILIAR, RINS, PÂNCREAS, BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 75,00	R\$ 112.500,00
2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO, BRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, OMBRO, QUADRIL, FÊMUR, PERNA, JOELHO, PANTURRILHA, TORNOZELO, PÉ, TENDÃO	R\$ 55,00	R\$ 16.500,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 22.000,00
4	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
5	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 55,00	R\$ 11.000,00
6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
7	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS, URETERES, BEXIGA	R\$ 55,00	R\$ 22.000,00
8	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	R\$ 55,00	R\$ 11.000,00
9	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA - ÚTERO, OVÁRIOS, TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 55,00	R\$ 8.250,00
10	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 55,00	R\$ 33.000,00
11	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 55,00	R\$ 38.500,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL, TESTÍCULO	R\$ 55,00	R\$ 2.750,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 2.750,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
15	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
16	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
17	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
18	ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES - COXA, GLÚTEO, FACE, SUBMANDIBULAR	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00

20	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA (PAAF) MAMA, TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO	R\$ 130,00	R\$ 6.500,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
24	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
26	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
27	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
28	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
29	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
30	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
31	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
33	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
TOTAL ESTIMADO:			R\$418.350,00
ANEXO IV			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL			
Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$95,00	R\$19.000,00
2	DUPLEX SCAN DE AORTA ILÍACA	R\$107,00	R\$2.140,00
3	DUPLEX SCAN DE ARTÉRIAS RENAIAS	R\$95,00	R\$1.900,00
4	DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$140,00	R\$2.800,00
5	DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$140,00	R\$1.400,00
6	DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$95,00	R\$57.000,00
7	TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSÃO (o médico deverá trazer a medicação)	R\$410,00	R\$41.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$125.240,00

ANEXO V

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: CINTILOGRAFIAS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	R\$457,55	R\$4.575,50
2	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO CORPO INTEIRO	R\$190,99	R\$19.099,00
3	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$324,54	R\$3.245,40
4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO MINIMO 2 PROJEÇÕES	R\$128,12	R\$2.562,40
5	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO MINIMO 4 PROJEÇÕES	R\$130,50	R\$2.610,00
6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$77,28	R\$1.545,60
7	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA ESFORÇO REPOUSO	R\$791,59	R\$158.318,00
8	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	R\$165,24	R\$6.609,60
9	CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA	R\$135,00	R\$5.400,00
10	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$141,33	R\$1.413,30
TOTAL ESTIMADO:			R\$205.378,80

ANEXO VI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES CARDIOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	CATETERISMO CARDÍACO	R\$1.400,00	R\$140.000,00
2	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (ESFORÇO)	R\$300,00	R\$6.000,00
3	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$270,00	R\$18.900,00
4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$290,00	R\$5.800,00
5	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$319,00	R\$6.380,00
6	ECODOPLERCARDIOGRAMA	R\$110,00	R\$220.000,00
7	ECODOPLERCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$110,00	R\$33.000,00
8	ELETROCARDIOGRAMA - ECG	R\$13,00	R\$3.900,00

9	LAUDO DE ECG	R\$6,00	R\$12.000,00
10	MAPA	R\$88,00	R\$61.600,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS	R\$88,00	R\$61.600,00
12	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$80,00	R\$80.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$649.180,00

ANEXO VII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES ENDOSCÓPICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS ANESTESIA (PRESENÇA DO MÉDICO ANESTESISTA)	R\$666,67	R\$200.001,00
2	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$950,00	R\$19.000,00
3	POLIPLECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$733,33	R\$109.999,50
4	TERMOCOAGULAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$2.216,67	R\$22.166,70
5	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	R\$283,33	R\$56.666,00
6	PH METRIA ESOFÁGICA	R\$400,00	R\$20.000,00
7	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$400,00	R\$20.000,00
8	DILATAÇÃO ESOFÁGICA DO ESFINCTER INFERIOR COM BALÃO	R\$ 2.453,00	R\$49.060,00
9	ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM PUNÇÃO	R\$ 5.040,00	R\$100.800,00
10	LIGADURA ELÁSTICA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.998,00	R\$79.920,00
11	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$840,00	R\$672.000,00
12	COLONOSCOPIA COM POLIPLECTOMIA	R\$1.560,00	R\$780.000,00
13	COLONOSCOPIA COM TATUAGEM	R\$1.320,00	R\$26.400,00
14	CROMOSCOPIA PARA COLONOSCOPIA	R\$480,00	R\$9.600,00
15	CROMOSCOPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$720,00	R\$14.400,00
16	ENDOSCOPIA COM HEMOSTASIA MECÂNICA	R\$1.440,00	R\$28.800,00
17	ENDOSCOPIA COM TROCA DE Sonda DE GASTROSTOMIA	R\$1.380,00	R\$27.600,00
18	ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA	R\$473,00	R\$141.900,00

19	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOSPIA E TESDE DE UREASE	R\$323,00	R\$969.000,00
20	ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA COM PASSAGEM DE SNE OU PASSAGEM DE Sonda VIA ENDOSCÓPICA	R\$1.220,00	R\$24.400,00
21	ESCLEROTERAPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.518,00	R\$30.360,00
22	GASTROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE BUTTON	R\$3.480,00	R\$69.600,00
23	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$3.000,00	R\$60.000,00
24	HEMOSTASIA DO CÓLON	R\$1.920,00	R\$38.400,00
25	MAGNIFICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$480,00	R\$9.600,00
26	MAGNIFICAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$826,60	R\$16.532,00
27	MUCOSECTOMIA PARA COLONOSCOPIA	R\$1.666,00	R\$33.320,00
28	MUCOSECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.500,00	R\$30.000,00
29	OPME - (Agulha injetora) para exame de colonoscopias e endoscopias	R\$337,00	R\$10.110,00
30	OPME - (Alça) para exame colonoscopia e endoscopia com polipectomia	R\$229,00	R\$45.800,00
31	OPME - (Clip) para exame de colonoscopia e endoscopia com polipectomia	R\$329,00	R\$65.800,00
32	OPME - (Endolop de Nylon) para exame de Colonoscopia	R\$ 229,00	R\$6.870,00
33	RETIRADA DE Sonda DE GASTROSTOMIA	R\$240,00	R\$7.200,00
34	TERMOCOAGULAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$2.400,00	R\$48.000,00
35	TESTE RESPIRATÓRIO PARA SUPERCRESCEMENTO BACTERIANO	R\$180,00	R\$5.400,00
36	TESTE RESPIRATÓRIO PARA CADA TIPO DE CARBOIDRATO	R\$180,00	R\$5.400,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$3.854.105,20

ANEXO VIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES E PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ACUIDADE VISUAL - PAM MONOCULAR	R\$39,00	R\$780,00
2	ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA - RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$74,00	R\$51.800,00
3	APLICAÇÃO DE EYLIA - (valor inclui MAT/MED)	R\$2.800,00	R\$28.000,00

4	BIOMETRIA ÓPTICA MONOCULAR	R\$100,00	R\$2.000,00
5	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA/CAMPO VISUAL BINOCULAR	R\$50,00	R\$40.000,00
6	CAMPO VISUAL MANUAL BINOCULAR	R\$80,00	R\$800,00
7	CICLOCRIOTERAPIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
8	CIRURGIA DE CORREÇÃO DE TRIQUIASE MONOCULAR	R\$1.800,00	R\$18.000,00
9	CIRURGIA DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
10	CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
11	CIRURGIA DE REVISÃO DE TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00	R\$50.000,00
12	CIRURGIA DE TRABECULECTOMIA + MITOMICINA C MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.800,00	R\$36.000,00
13	CIRURGIA DE VITRECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.350,00	R\$87.000,00
14	CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO E ENDOLASER MONOCULAR- Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$9.333,00	R\$186.660,00
15	CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO, ÓLEO DE SILICONE ENDOLASER MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$9.133,00	R\$182.660,00
16	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.780,00	R\$35.600,00
17	CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.975,00	R\$79.500,00
18	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO BINOCULAR	R\$68,00	R\$54.400,00
19	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$600,00	R\$6.000,00
20	ELETROOCULOGRAMA MONOCULAR	R\$400,00	R\$8.000,00
21	ELETRORRETINOGRAMA MONOCULAR	R\$400,00	R\$8.000,00
22	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER -SESSÃO	R\$100,00	R\$60.000,00
23	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER COM BLOQUEIO ANESTÉSICO MONOCULAR - Sessão	R\$850,00	R\$8.500,00
24	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R\$48,00	R\$38.400,00

25	INJEÇÃO INTRAVÍTEA DE OZURDEX MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos e Mat/Med	R\$4.562,00	R\$45.620,00
26	IRIDECTOMIA YAG A LASER DE YRIS MONOCULAR	R\$380,00	R\$7.600,00
27	MICROSCOPIA ESPECULAR MONOCULAR	R\$150,00	R\$3.000,00
28	OCT DA MÁCULA COM ANGIO-OCT SEM CONTRASTE - MONOCULAR	R\$280,00	R\$5.600,00
29	PAQUIMETRIA BINOCULAR	R\$60,00	R\$48.000,00
30	PENTACAM - BINOCULAR	R\$345,00	R\$3.450,00
31	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$52,00	R\$41.600,00
32	SONDAGEM DE VIA LACRIMAL EM CRIANÇA MENOR DE 12 ANOS BINOCULAR	R\$3.100,00	R\$15.500,00
33	TESTE DE FUNÇÃO LACRIMAL BINOCULAR	R\$120,00	R\$2.400,00
34	TESTE DE LENTE BINOCULAR	R\$70,00	R\$3.500,00
35	TESTE DE LENTE MAIS TOPOGRAFIA DE CORNEA BINOCULAR	R\$150,00	R\$7.500,00
36	TESTE DE VISÃO DE CORES BINOCULAR	R\$70,00	R\$1.400,00
37	TOMOGRAFIA OCT - MONOCULAR	R\$120,00	R\$120.000,00
38	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA BINOCULAR	R\$ 80,00	R\$16.000,00
39	TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR	R\$ 70,00	R\$21.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$1.534.270,00
ANEXO IX			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES NEUROLÓGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ELETOENCEFALOGRAMA - EEG	R\$45,00	R\$13.500,00
2	ELETOENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULAÇÃO - EEG	R\$88,00	R\$1.760,00
3	ELETOENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 250,00	R\$5.000,00
4	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	R\$88,00	R\$8.800,00
5	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO EEG	R\$120,00	R\$2.400,00
6	ELETRONEUROMIOGRAFIA - 2 MEMBROS	R\$300,00	R\$75.000,00

7	ELETRONEUROMIOGRAFIA - 4 MEMBROS	R\$600,00	R\$18.000,00
8	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	R\$ 300,00	R\$6.000,00
9	POTENCIAL EVOCADO VISUAL BINOCULAR	R\$ 250,00	R\$5.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$121.960,00

ANEXO X			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES OTORRINOLARINGOLOGIA/ FONOAUDIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	AUDIOMETRIA COMPLETA - TONAL VOCAL E IMPEDANCIOMETRIA	R\$85,00	R\$51.000,00
2	AUDIOMETRIA COMPLETA COM IMPEDÂNCIA - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 42,00	R\$8.400,00
3	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$47,25	R\$14.175,00
4	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA) - Atendimento com equipamento do Município em Santa Bárbara	R\$ 20,00	R\$4.000,00
5	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$25,00	R\$250,00
6	BERA (criança ou adulto)	R\$ 150,00	R\$75.000,00
7	EMISSIONES OTOACUSTICAS ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO	R\$15,00	R\$6.000,00
8	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA	R\$18,75	R\$8.437,50
9	FIBRONASOLARINGOSCOPIA	R\$90,00	R\$58.500,00
10	IMITANCIOMETRIA - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 15,00	R\$3.000,00
11	IMPEDANCIOMETRIA	R\$23,00	R\$1.380,00
12	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-SRT) AUDIO VOCAL - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 15,00	R\$3.000,00
13	POLISSONOGRAMA ACIMA DE 18 ANOS	R\$450,00	R\$67.500,00

14	POLISSONOGRRAFIA COM TESTE DE CPAP NASAL	R\$450,00	R\$4.500,00
15	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$150,00	R\$15.000,00
16	TESTES VESTIBULARES	R\$74,00	R\$18.500,00
17	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$390,00	R\$3.900,00
18	VIDEOLARINGOESTROSCOPIA	R\$100,00	R\$15.000,00
19	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$95,00	R\$14.250,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$159.260,00
ANEXO XI			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES PNEUMOLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ESPIROMETRIA	R\$120,00	R\$72.000,00
2	BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRONQUICA E/OU COM OU SEM ASPIRADO OU LAVABO BRONQUIO BILATERAL	R\$ 1.250,00	R\$25.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$97.000,00
ANEXO XII			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES RADIOLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$122,00	R\$244.000,00
2	ESCANOMETRIA	R\$15,54	R\$155,40
3	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$150,00	R\$3.000,00
4	MAMOGRAFIA DIGITAL	R\$90,00	R\$135.000,00
5	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS	R\$18,36	R\$183,60

6	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AP LATERAL LOCALIZADA	R\$12,88	R\$128,80
7	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES AP	R\$14,34	R\$286,80
8	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$12,84	R\$642,00
9	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOÁMATICO-MALAR AP OBLIQUAS	R\$13,92	R\$139,20
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$15,54	R\$155,40
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$15,54	R\$2.331,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$15,54	R\$155,40
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$15,54	R\$155,40
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R\$15,54	R\$155,40
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA - TORNOZELO	R\$15,54	R\$2.331,00
16	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$15,54	R\$2.331,00
17	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$15,54	R\$155,40
18	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$13,00	R\$1.300,00
19	RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL HIRTZ	R\$13,76	R\$137,60
20	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$14,80	R\$148,00
21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP LATERAL TO OBLIQUAS	R\$16,66	R\$2.499,00
22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$21,92	R\$6.576,00
23	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA OU DORSAL AP LATERAL	R\$18,32	R\$2.748,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	R\$19,46	R\$2.919,00
25	RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX	R\$16,74	R\$167,40
26	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$11,80	R\$590,00
27	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$17,88	R\$1.788,00
28	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO PA LATERAL	R\$15,04	R\$150,40

29	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	R\$30,00	R\$300,00
30	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$15,96	R\$159,60
31	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO - TRÂNSITO	R\$95,18	R\$951,80
32	RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL	R\$13,56	R\$8.136,00
33	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$12,60	R\$126,00
34	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$12,60	R\$1.890,00
35	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA	R\$12,00	R\$600,00
36	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE ROCHEDOS BILATERAL	R\$18,06	R\$180,60
37	RADIOGRAFIA DE OMBRO TRES POSIÇÕES	R\$14,98	R\$2.247,00
38	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE MN LATERAL HIRTZ	R\$16,76	R\$167,60
39	RADIOGRAFIA DE PÉ ,DEDOS DO PÉ	R\$13,56	R\$2.712,00
40	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$17,88	R\$894,00
41	RADIOGRAFIA DE PUNHO AP LATERAL OBLÍQUA	R\$13,82	R\$2.073,00
42	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$15,60	R\$156,00
43	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE FN MN LATERAL HIRTZ	R\$14,64	R\$2.196,00
44	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA PA LATERAL BRETTON	R\$14,40	R\$144,00
45	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA	R\$13,76	R\$1.376,00
46	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL	R\$19,00	R\$11.400,00
47	RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - ADULTO	R\$125,00	R\$1.250,00
48	RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - CRIANÇA	R\$220,00	R\$2.200,00
49	RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA EXCRETORA	R\$135,00	R\$1.350,00
50	RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA RETOGRADA	R\$125,00	R\$1.250,00
51	RADIOGRAFIA DIGITAL SEIOS DA FACE	R\$110,00	R\$1.100,00
52	RADIOGRAFIA ENEMA OPACO	R\$150,00	R\$1.500,00
53	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA	R\$12,98	R\$129,80

54	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDILOGRAFIA PARA ESCOLIOSE	R\$75,00	R\$15.000,00
55	RADIOGRAFIA REED ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO	R\$90,00	R\$4.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$474.318,60
ANEXO XIII			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES UROLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ESTUDO URODINÂMICO	R\$270,00	R\$54.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$54.000,00
ANEXO XIV			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: MATERIAL PARA ANALISE PARA FINS DIAGNOSTICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - menos de 03 centímetros	R\$ 120,00	R\$1.200,00
2	ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - acima de 03 centímetros	R\$ 220,00	R\$2.200,00
3	ANÁLISE DE BIÓPSIA DE FIBROBRONCOSCOPIA	R\$400,00	R\$2.400,00
4	ANÁLISE DE BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 150,00	R\$1.500,00
5	ANÁLISE POR MICROSCOPIA ELETRÔNICA DE BIÓPSIA RENAL	R\$650,00	R\$3.900,00
6	BIÓPSIA DE MEDULA OSSEA - COLETA	R\$504,00	R\$5.040,00
7	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES MAIS OPME	R\$189,90	R\$9.495,00
8	BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSON ULTRASSON DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$814,00	R\$8.140,00
9	ELETROCOAGULAÇÃO DE VERRUGAS	R\$56,64	R\$2.832,00
10	ESTUDO EM IMUNOHISTOQUÍMICA	R\$550,00	R\$5.500,00

11	EXAME DE ANATOMO PATOLÓGICO	R\$37,00	R\$111.000,00
12	EXAME DE CITOLOGIA	R\$20,00	R\$30.000,00
13	EXERESE DE LESÃO DE PELE E ANEXOS	R\$192,92	R\$19.292,00
14	IMUNOHISTOQUÍMICA DE LESÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 600,00	R\$6.000,00
15	MIELOGRAMA MAIS ANÁLISE	R\$631,00	R\$6.310,00
16	PAINEL DE IMUNOFLOURESCÊNCIA + MICROSCOPIA ÓPTICA	R\$550,00	R\$11.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$225.809,00
ANEXO XV			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	BLOQUEIO DE NERVO SUPRA ESCAPULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
2	INFILTRAÇÃO ARTICULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
3	INFILTRAÇÃO COM TRIANCIL - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
4	BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOÍDEO COM CORTICÓIDE, COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR - Procedimento a ser realizado em Bloco Cirúrgico - Valor incluso Honorários Médicos e Mat/Med	R\$3.016,60	R\$150.830,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$330.830,00
ANEXO XVI			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: RESSONANCIAS MAGNETICAS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIORESSONÂNCIA QUALQUER ORGÃO	R\$500,00	R\$15.000,00
2	COLANGIORRESSONÂNCIA VIAS BILIARES	R\$500,00	R\$20.000,00
3	CONTRASTE ADICIONAL PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$100,00	R\$75.000,00

4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$500,00	R\$50.000,00
5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA, Pelve, ABDÔMEN INFERIOR	R\$500,00	R\$75.000,00
6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, PESCOÇO	R\$500,00	R\$100.000,00
7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$500,00	R\$250.000,00
8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$500,00	R\$25.000,00
9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$500,00	R\$200.000,00
10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE	R\$500,00	R\$5.000,00
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA - UNILATERAL	R\$500,00	R\$5.000,00
12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTÓIDES	R\$500,00	R\$5.000,00
13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$500,00	R\$350.000,00
14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$500,00	R\$100.000,00
15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	R\$500,00	R\$5.000,00
16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R\$500,00	R\$5.000,00
17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$500,00	R\$10.000,00
18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$500,00	R\$5.000,00
19	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00	R\$11.210,00
20	ANGIORESSONÂNCIA DE AORTA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00	R\$5.605,00
21	HIDRO- RM-COLANGIO-RM-URO-RM-MIRLO-RM-SIALO-RM- CISTOGRAFIA RM COM SEDAÇÃO	R\$846,00	R\$4.230,00
23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA COM SEDAÇÃO	R\$446,00	R\$2.230,00
25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN TOTAL COM SEDAÇÃO	R\$1.750,00	R\$8.750,00

27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.050,00	R\$5.250,00
28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA -ARTICULAÇÕES SACROILIACAS-COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$52.300,00
33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE-INCLUI SEIOS DA FACE- COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
36	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
37	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS COM SEDAÇÃO	R\$1.000,00	R\$10.000,00
38	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OSSOS TEMPORAIS - BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
39	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE - NÃO INCLUI ART COXOFEMORAIS COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
40	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
41	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
42	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
43	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
44	RESSONÂNCIA MIOCÁRDICA	R\$800,00	R\$8.000,00
45	DEFECO RESSONÂNCIA	R\$743,00	R\$14.860,00
46	CONTRASTE HEPATOESPECÍFICO	R\$ 440,00	R\$8.800,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$1.514.915,00

ANEXO XVII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CÁLCIO COM OU SEM CONTRASTE	R\$2.120,00	R\$21.200,00
2	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN	R\$270,00	R\$5.400,00
3	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA SEM SEDAÇÃO	R\$752,00	R\$7.520,00
4	ANGIOTOMOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL SEM SEDAÇÃO	R\$752,00	R\$7.520,00
5	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	R\$752,00	R\$75.200,00
6	CONTRASTE ADICIONAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$100,00	R\$200.000,00
7	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA	R\$710,00	R\$7.100,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - FÍGADO, BAÇO, PÂNCREAS E RINS	R\$207,94	R\$31.191,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR	R\$320,00	R\$544.000,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES - ESTENO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELO, PUNHOS, SACRO ILIACAS	R\$130,12	R\$13.012,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA	R\$54,40	R\$5.440,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$130,14	R\$39.042,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$136,50	R\$95.550,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$130,14	R\$6.507,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$130,00	R\$52.000,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA, MAXILAR	R\$130,00	R\$1.300,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	R\$130,00	R\$13.000,00

18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE, BACIA, ABDÔMEN INFERIOR	R\$207,94	R\$41.588,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ	R\$130,00	R\$13.000,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$204,61	R\$613.830,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS	R\$130,00	R\$260.000,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$130,12	R\$13.012,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RENAL	R\$320,00	R\$3.200,00
24	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE POSITRONS PET-CT	R\$4.000,00	R\$40.000,00
25	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	R\$952,00	R\$4.760,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	R\$735,00	R\$3.675,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL COM SEDAÇÃO	R\$694,00	R\$3.470,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$530,00	R\$2.650,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA COM SEDAÇÃO	R\$530,00	R\$2.650,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA COM SEDAÇÃO	R\$340,00	R\$1.700,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE COM SEDAÇÃO	R\$508,00	R\$2.540,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM SEDAÇÃO	R\$549,00	R\$2.745,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU ABDÔMEN INFERIOR COM SEDAÇÃO	R\$835,00	R\$4.175,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES COM SEDAÇÃO	R\$549,00	R\$2.745,00

38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$576,00	R\$2.880,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$320,00	R\$384.000,00
42	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$204,61	R\$613.830,00
43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS - - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$130,00	R\$156.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$3.310.732,00

ANEXO XVIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$100,00	R\$ 40.000,00
2	DUPLEX SCAN DE AORTA ILÍACA	R\$112,00	R\$ 2.240,00
3	DUPLEX SCAN DE ARTÉRIAS RENAIAS	R\$100,00	R\$ 3.000,00
4	DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$150,00	R\$ 30.000,00
5	DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$150,00	R\$ 1.500,00
6	DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$100,00	R\$ 200.000,00
7	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 2.100,00	R\$ 42.000,00
8	ARTERIOGRAFIA DE 1 MEMBRO	R\$ 1.200,00	R\$ 24.000,00
9	ARTERIOGRAFIA DE 2 MEMBROS	R\$ 1.400,00	R\$ 28.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 370.740,00

ANEXO XIX

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS - EXCETO ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO)

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 96,00	R\$ 192.000,00
2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO BRAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 36.000,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 36.000,00
4	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 10.800,00
5	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 10.800,00
6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
7	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 54.000,00
8	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 21.600,00
9	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
10	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 54.000,00
11	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 122.400,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00

14	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00	R\$ 5.100,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00	R\$ 5.100,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 5.400,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 360,00
19	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
20	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 360,00
21	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00	R\$ 12.150,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00	R\$ 56.700,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 1.884,00
24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 14.130,00
25	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
26	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 14.130,00
27	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
28	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
29	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
30	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00

31	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 716.904,00

ANEXO XX

EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRRAFIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 80,00	R\$ 240.000,00
2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00
3	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00
4	ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
7	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA	R\$ 60,00	R\$ 90.000,00
8	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	R\$ 60,00	R\$ 36.000,00
9	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00

10	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 60,00	R\$ 90.000,00
11	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 60,00	R\$ 138.000,00
12	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
13	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
14	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
15	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
16	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
17	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 60,00	R\$ 12.000,00
18	ULTRASSONOGRAMA DE PARÓTIDAS	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
19	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR	R\$ 60,00	R\$ 30.000,00
20	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
21	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00
22	ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00
23	ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
24	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 157,00	R\$ 78.500,00
25	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
26	ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
27	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
28	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
29	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
30	ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
31	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00

32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
35	CORE BIOPSY	R\$380,00	R\$ 19.000,00
36	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA	R\$250,00	R\$ 37.500,00
37	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA E ANESTESIA	R\$679,00	R\$ 67.900,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 1.407.600,00

ANEXO XXI

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: DIAGNÓSTICO EM DERMATOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	TESTE DE CONTATO - PATH TESTE	R\$170,00	R\$ 8.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 8.500,00

ANEXO XXII

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: CIRURGIAS UROLÓGICAS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	LITOTRIPSIA - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.500,00	R\$ 30.000,00
2	LITOTRIPSIA + IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO J - valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00	R\$ 50.000,00
3	URETERORRENOLITOTRIPSIA FELXÍVEL + IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$5.000,00	R\$ 100.000,00

4	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.500,00	R\$ 90.000,00
5	TROCA DE CATÉTER DUPLO J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.700,00	R\$ 34.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 304.000,00

ANEXO XXIII			
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: ODONTOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	RADIOGRAFIAS PARA PASTA DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	R\$160,00	R\$ 3.200,00
2	TOMOGRAFIA DE DENTE CONE BEAM	R\$170,00	R\$ 8.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 11.700,00

ANEXO XXIV			
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + TURBINECTOMIA BILATERAL (30501458)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$6.480,00	R\$ 64.800,00
2	SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502314) + SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502349) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA UNILATERAL (30501199)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$7.530,00	R\$ 75.300,00

3	SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502292) +ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502314) +SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502349) + SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILAREAL (30502357) +SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359)+ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$8.636,00	R\$ 86.360,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 226.460,00

ANEXO XXV			
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA - SESSÕES	R\$350,00	R\$ 35.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 35.000,00

Valor estimado do Credenciamento: R\$ 17.675.333,10 (dezesete milhões, seiscientos e setenta e cinco mil e trezentos e trinta e três reais e dez centavos)

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021**

ANEXO XXVI

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Empresa:

CNPJ:

NOME DO PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE

Observação: Preencher apenas com as informações dos profissionais que realizarão os atendimentos.

Itabira, de de 2021

.....
Assinatura (representante legal da empresa)

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021**

ANEXO XXVII

DADOS COMPLEMENTARES

Nome da Empresa:	
CNPJ:	
CNES - Cadastro nacional do estabelecimento de saúde	
Profissional:	
Data nascimento:	
Filiação Pai: Mãe:	
CNS - Cadastro nacional de saúde	
C.P.F.:	
Telefone:	
Whatsapp:	
Registro no Conselho Profissional (CRM/CRO/CREFITO/CREFONO e outros)	
CBO - código brasileiro de ocupações	
Email:	
Local de Atendimento:	

Observação: Preencher 01 (um) formulário para cada profissional.

..... de..... de 2021

Assinatura do Representante Legal

PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021

ANEXO XXVIII

MODELO DE PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, a *(razão social da empresa)*, com sede *(inserir o endereço completo da empresa)* inscrita no CNPJ/ MF sob o nº *(inserir o nº do CNPJ da empresa)*, nomeia e constitui seu bastante procurador (a) o(a) Sr. (a) *(inserir o nome do representante)* portador (a) da cédula de identidade *(inserir nº RG)*, e CPF *(inserir nº CPF)*, a quem confere amplos poderes para representar perante ao CISCEL, no CREDENCIAMENTO nº 009/2021 está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da empresa, desistir e interpor recursos, rubricar documentos e assinar atas, prestar todos os esclarecimentos solicitados pela Presidente da CPL, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome da outorgante.

....., de de 2021

Assinatura (representante legal da empresa)

PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021

ANEXO XXIX

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - SETOR SOLICITANTE

Faturamento

2 - OBJETO

Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos municípios consorciados exceto Itabira.

3 - JUSTIFICATIVA

O pedido para contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade parte da necessidade de continuar o atendimento especializado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com finalidade diagnóstica, resultando no tratamento de doenças, além de oferecer bem estar físico, mental e social. Responder as solicitações dos secretários de saúde dos municípios consorciados dando vazão na demanda dos exames.

4 - PRAZO DE CONTRATAÇÃO

Os contratos terão validade até 27/08/2022 e poderão ser prorrogados de acordo com a Lei Federal nº 14.133/21.

5 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

5.1 - Dar plena e eficaz execução ao serviço CONTRATADO, garantindo o máximo de segurança aos usuários da assistência do CONTRATANTE;

5.2 - Sujeitar-se a ampla e irrestrita fiscalização por parte da Contratante ou outro órgão competente por ele indicado, que terá em vista impor rigorosa fiscalização da execução do presente ajuste;

5.3 - Fornecer ao preposto credenciado do Contratante, mensalmente, o Mapa de Atendimento individual devidamente ratificado pela CONTRATADA, pelo Secretário de Saúde do município consorciado e pelo responsável pelas respectivas unidades de saúde onde o serviço será prestado;

5.4 - Executar os serviços segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;

5.5 - Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;

5.6 - Assumir total responsabilidade, pela perfeição e qualidade do serviço CONTRATADO, assim como responder pelos danos causados ao CONTRATANTE ou a Terceiros, decorrentes da má execução dos serviços contratados;

5.7 - Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao Contratante, o respectivo pagamento.

5.8 - Arcar com a despesa decorrente de serviço de terceiro que lhe seja particularmente prestado, tais como enfermagem, recepção, limpeza, dentre outros;

5.9 - Capacitar os profissionais prestadores integrantes do seu quadro, instruindo-os acerca das normas e especificidades do atendimento;

5.10 - Desenvolver, fornecer, dimensionar e disponibilizar toda infraestrutura necessária à regular prestação dos serviços;

5.11 - Desenvolver diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação daqueles que se relacionem especificamente ao objeto do credenciamento, sob pena de rescisão do contrato, salvo prévia anuência do CISCEL;

5.12 - Comunicar à CPCA, por escrito e através de protocolo, mudança de local ou horário de atendimento aos pacientes, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias;

5.13 - Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;

5.14 - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

6 - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1 - Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;

6.2 - fiscalizar a execução dos serviços contratados;

6.3 - impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

6.4 - efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços.

7 - PAGAMENTO

7.1 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado, à partir do 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento;

7.1.1 - O CONTRATADO deverá encaminhar ao CISCEL até 02 (dois) dias após solicitação via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;

7.2 - A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

7.3 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.

8 - PREÇOS PRATICADOS

8.1 - Os valores unitários dos exames especializadas se baseiam na **Portaria nº 019 de 21 de julho de 2021** que regulamenta tabela de preços referenciais para consultas, exames e procedimentos no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste - CISCEL. Conforme Art. 2º “Os valores constantes na tabela de preços referenciais do CISCEL deverão ser utilizados nos procedimentos licitatórios, sendo desnecessárias novas consultas ao mercado”.

8.2 - O valor estimado para a contratação é de R\$ 17.640.333,10 (dezesete milhões, seiscentos e quarenta mil e trezentos e trinta e três reais e dez centavos), conforme planejamento em anexo.

9 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1 - Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados pelo credenciado em consultório próprio do CONTRATADO. A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

9.2 - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISCEL, através das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes os serviços dentro das especialidades, conforme anexo(s) constantes do edital.

9.3 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CISCEL, expedida individualmente, pelos Secretários Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

10 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da contratação correrão por conta da dotação orçamentária abaixo:

Ficha Funcional n.º: 01002.1012210022.003 - Manutenção Atividade Ambulatorial - Contratos Clínicas.

Elemento de despesa n.º: 33903900000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

Fonte n.º: 112

Ficha n.º: 25

Itabira, de julho de 2021.

Hudson Alves da Anunciação
Presidente da Comissão Permanente de Licitação

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021**

ANEXO I			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL			
Grupo: PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANESTESISTA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS - Valor por cada cirurgia *Para realização desse procedimento deverá: * realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$120,00	R\$ 120.000,00
2	APLICAÇÃO DE LUCENTIS - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$2.128,00	R\$42.560,00
3	APLICAÇÃO DE TRIANCINOLONA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$350,00	R\$3.500,00
4	CIRURGIÃO PARA REALIZAR CIRURGIA DE CATARATA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$128,64	R\$90.048,00
5	CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer o cautério e acessórios esterelizados	R\$3.000,00	R\$ 600.000,00
6	CIRURGIA DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a lente; contratar instrumentador. e alinhar com a agenda do procedimento de catarata (com anestesia).	R\$300,00	R\$6.000,00
7	CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia	R\$750,00	R\$ 15.000,00
8	EXERESE DE CALÁZIO MONOCULAR - Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$37,80	R\$1.890,00
9	EXERESE DE CISTO MOLL - MONOCULAR Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$215,00	R\$2.150,00
10	EXERESE DE NÓDULOS PALPEBRAL MONOCULAR - Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a	R\$250,00	R\$ 10.000,00

	quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.		
11	INJECAO DE AVASTIM - POR APLICAÇÃO Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$550,00	R\$110.000,00
12	INJECAO DE TOXINA BOTULINICA MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.	R\$790,00	R\$7.900,00
13	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$50,00	R\$2.500,00
14	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$162,40	R\$48.720,00
15	CIRURGIA DE CATARATA EM CONJUNTO COM RETIRADA DE ÓLEO DE SILICINE MONOCULAR (incluindo os honorários médicos e material - kit troca valvulado 23 GA)	R\$ 1.808,00	R\$ 36.160,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 1.096.428,00

ANEXO II

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES OFTALMOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIOFLUORESCENOGRAMA - RETINOGRAMA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$70,00	R\$21.000,00
2	CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
3	CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR	R\$90,00	R\$36.000,00
4	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO MINIMO 3 MEDIDAS BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
5	ECOBIMETRIA A - MONOCULAR	R\$24,24	R\$12.120,00
6	ECOBIMETRIA B - MONOCULAR	R\$40,00	R\$28.000,00
7	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
8	MAPEAMENTO DE RETINA BINOCULAR	R\$24,00	R\$12.000,00
9	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA BINOCULAR	R\$20,00	R\$10.000,00
10	RETINOGRAMA COLORIDA BINOCULAR	R\$30,00	R\$15.000,00
11	TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR	R\$ 65,00	R\$32.500,00

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

TOTAL ESTIMADO:

R\$196.620,00

ANEXO III

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO, VESÍCULA BILIAR, RINS, PÂNCREAS, BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 75,00	R\$ 112.500,00
2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO, BRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, OMBRO, QUADRIL, FÊMUR, PERNA, JOELHO, PANTURRILHA, TORNOZELO, PÉ, TENDÃO	R\$ 55,00	R\$ 16.500,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 22.000,00
4	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
5	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 55,00	R\$ 11.000,00
6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
7	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS, URETERES, BEXIGA	R\$ 55,00	R\$ 22.000,00
8	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	R\$ 55,00	R\$ 11.000,00
9	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA - ÚTERO, OVÁRIOS, TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 55,00	R\$ 8.250,00
10	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 55,00	R\$ 33.000,00
11	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 55,00	R\$ 38.500,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL, TESTÍCULO	R\$ 55,00	R\$ 2.750,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 55,00	R\$ 2.750,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
15	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
16	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
17	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 55,00	R\$ 1.100,00
18	ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES - COXA, GLÚTEO, FACE, SUBMANDIBULAR	R\$ 55,00	R\$ 5.500,00

20	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA (PAAF) MAMA, TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 130,00	R\$ 13.000,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO	R\$ 130,00	R\$ 6.500,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
24	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
26	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,00
27	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
28	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
29	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
30	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
31	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
33	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER	R\$ 152,00	R\$ 7.600,000
TOTAL ESTIMADO:			R\$418.350,00
ANEXO IV			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL			
Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$95,00	R\$19.000,00
2	DUPLEX SCAN DE AORTA ILÍACA	R\$107,00	R\$2.140,00
3	DUPLEX SCAN DE ARTÉRIAS RENAIAS	R\$95,00	R\$1.900,00
4	DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$140,00	R\$2.800,00
5	DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$140,00	R\$1.400,00
6	DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$95,00	R\$57.000,00
7	TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSÃO (o médico deverá trazer a medicação)	R\$410,00	R\$41.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$125.240,00

ANEXO V			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: CINTILOGRAFIAS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	R\$457,55	R\$4.575,50
2	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO CORPO INTEIRO	R\$190,99	R\$19.099,00
3	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$324,54	R\$3.245,40
4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO MINIMO 2 PROJEÇÕES	R\$128,12	R\$2.562,40
5	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO MINIMO 4 PROJEÇÕES	R\$130,50	R\$2.610,00
6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$77,28	R\$1.545,60
7	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA ESFORÇO REPOUSO	R\$791,59	R\$158.318,00
8	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	R\$165,24	R\$6.609,60
9	CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA	R\$135,00	R\$5.400,00
10	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$141,33	R\$1.413,30
TOTAL ESTIMADO:			R\$205.378,80
ANEXO VI			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES CARDIOLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	CATETERISMO CARDÍACO	R\$1.400,00	R\$140.000,00
2	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (ESFORÇO)	R\$300,00	R\$6.000,00
3	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$270,00	R\$18.900,00
4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$290,00	R\$5.800,00
5	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$319,00	R\$6.380,00
6	ECODOPLERCARDIOGRAMA	R\$110,00	R\$220.000,00
7	ECODOPLERCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$110,00	R\$33.000,00
8	ELETROCARDIOGRAMA - ECG	R\$13,00	R\$3.900,00

9	LAUDO DE ECG	R\$6,00	R\$12.000,00
10	MAPA	R\$88,00	R\$61.600,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS	R\$88,00	R\$61.600,00
12	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$80,00	R\$80.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$649.180,00

ANEXO VII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES ENDOSCÓPICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS ANESTESIA (PRESENÇA DO MÉDICO ANESTESISTA)	R\$666,67	R\$200.001,00
2	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$950,00	R\$19.000,00
3	POLIPLECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$733,33	R\$109.999,50
4	TERMOCOAGULAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$2.216,67	R\$22.166,70
5	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	R\$283,33	R\$56.666,00
6	PH METRIA ESOFÁGICA	R\$400,00	R\$20.000,00
7	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$400,00	R\$20.000,00
8	DILATAÇÃO ESOFÁGICA DO ESFINCTER INFERIOR COM BALÃO	R\$ 2.453,00	R\$49.060,00
9	ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM PUNÇÃO	R\$ 5.040,00	R\$100.800,00
10	LIGADURA ELÁSTICA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.998,00	R\$79.920,00
11	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$840,00	R\$672.000,00
12	COLONOSCOPIA COM POLIPLECTOMIA	R\$1.560,00	R\$780.000,00
13	COLONOSCOPIA COM TATUAGEM	R\$1.320,00	R\$26.400,00
14	CROMOSCOPIA PARA COLONOSCOPIA	R\$480,00	R\$9.600,00
15	CROMOSCOPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$720,00	R\$14.400,00
16	ENDOSCOPIA COM HEMOSTASIA MECÂNICA	R\$1.440,00	R\$28.800,00
17	ENDOSCOPIA COM TROCA DE Sonda DE GASTROSTOMIA	R\$1.380,00	R\$27.600,00
18	ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA	R\$473,00	R\$141.900,00

19	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOSPIA E TESDE DE UREASE	R\$323,00	R\$969.000,00
20	ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA COM PASSAGEM DE SNE OU PASSAGEM DE Sonda VIA ENDOSCÓPICA	R\$1.220,00	R\$24.400,00
21	ESCLEROTERAPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.518,00	R\$30.360,00
22	GASTROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE BUTTON	R\$3.480,00	R\$69.600,00
23	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$3.000,00	R\$60.000,00
24	HEMOSTASIA DO CÓLON	R\$1.920,00	R\$38.400,00
25	MAGNIFICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$480,00	R\$9.600,00
26	MAGNIFICAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$826,60	R\$16.532,00
27	MUCOSECTOMIA PARA COLONOSCOPIA	R\$1.666,00	R\$33.320,00
28	MUCOSECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$1.500,00	R\$30.000,00
29	OPME - (Agulha injetora) para exame de colonoscopias e endoscopias	R\$337,00	R\$10.110,00
30	OPME - (Alça) para exame colonoscopia e endoscopia com polipectomia	R\$229,00	R\$45.800,00
31	OPME - (Clip) para exame de colonoscopia e endoscopia com polipectomia	R\$329,00	R\$65.800,00
32	OPME - (Endolop de Nylon) para exame de Colonoscopia	R\$ 229,00	R\$6.870,00
33	RETIRADA DE Sonda DE GASTROSTOMIA	R\$240,00	R\$7.200,00
34	TERMOCOAGULAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$2.400,00	R\$48.000,00
35	TESTE RESPIRATÓRIO PARA SUPERCREScimento BACTERIANO	R\$180,00	R\$5.400,00
36	TESTE RESPIRATÓRIO PARA CADA TIPO DE CARBOIDRATO	R\$180,00	R\$5.400,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$3.854.105,20

ANEXO VIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES E PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ACUIDADE VISUAL - PAM MONOCULAR	R\$39,00	R\$780,00
2	ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA - RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$74,00	R\$51.800,00
3	APLICAÇÃO DE EYLIA - (valor inclui MAT/MED)	R\$2.800,00	R\$28.000,00

4	BIOMETRIA ÓPTICA MONOCULAR	R\$100,00	R\$2.000,00
5	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA/CAMPO VISUAL BINOCULAR	R\$50,00	R\$40.000,00
6	CAMPO VISUAL MANUAL BINOCULAR	R\$80,00	R\$800,00
7	CICLOCRIOTERAPIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
8	CIRURGIA DE CORREÇÃO DE TRIQUIASE MONOCULAR	R\$1.800,00	R\$18.000,00
9	CIRURGIA DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
10	CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00	R\$70.000,00
11	CIRURGIA DE REVISÃO DE TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00	R\$50.000,00
12	CIRURGIA DE TRABECULECTOMIA + MITOMICINA C MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.800,00	R\$36.000,00
13	CIRURGIA DE VITRECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.350,00	R\$87.000,00
14	CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO E ENDOLASER MONOCULAR- Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$9.333,00	R\$186.660,00
15	CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO, ÓLEO DE SILICONE ENDOLASER MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$9.133,00	R\$182.660,00
16	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPÍO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.780,00	R\$35.600,00
17	CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.975,00	R\$79.500,00
18	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO BINOCULAR	R\$68,00	R\$54.400,00
19	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$600,00	R\$6.000,00
20	ELETROOCULOGRAMA MONOCULAR	R\$400,00	R\$8.000,00
21	ELETRORRETINOGRAMA MONOCULAR	R\$400,00	R\$8.000,00
22	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER -SESSÃO	R\$100,00	R\$60.000,00
23	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER COM BLOQUEIO ANESTÉSICO MONOCULAR - Sessão	R\$850,00	R\$8.500,00
24	GONIOSCOPIA BINOCULAR	R\$48,00	R\$38.400,00

25	INJEÇÃO INTRAVÍTEA DE OZURDEX MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos e Mat/Med	R\$4.562,00	R\$45.620,00
26	IRIDECTOMIA YAG A LASER DE YRIS MONOCULAR	R\$380,00	R\$7.600,00
27	MICROSCOPIA ESPECULAR MONOCULAR	R\$150,00	R\$3.000,00
28	OCT DA MÁCULA COM ANGIO-OCT SEM CONTRASTE - MONOCULAR	R\$280,00	R\$5.600,00
29	PAQUIMETRIA BINOCULAR	R\$60,00	R\$48.000,00
30	PENTACAM - BINOCULAR	R\$345,00	R\$3.450,00
31	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$52,00	R\$41.600,00
32	SONDAGEM DE VIA LACRIMAL EM CRIANÇA MENOR DE 12 ANOS BINOCULAR	R\$3.100,00	R\$15.500,00
33	TESTE DE FUNÇÃO LACRIMAL BINOCULAR	R\$120,00	R\$2.400,00
34	TESTE DE LENTE BINOCULAR	R\$70,00	R\$3.500,00
35	TESTE DE LENTE MAIS TOPOGRAFIA DE CORNEA BINOCULAR	R\$150,00	R\$7.500,00
36	TESTE DE VISÃO DE CORES BINOCULAR	R\$70,00	R\$1.400,00
37	TOMOGRAFIA OCT - MONOCULAR	R\$120,00	R\$120.000,00
38	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA BINOCULAR	R\$ 80,00	R\$16.000,00
39	TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR	R\$ 70,00	R\$21.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$1.534.270,00
ANEXO IX			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES NEUROLÓGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ELETOENCEFALOGRAMA - EEG	R\$45,00	R\$13.500,00
2	ELETOENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULAÇÃO - EEG	R\$88,00	R\$1.760,00
3	ELETOENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 250,00	R\$5.000,00
4	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	R\$88,00	R\$8.800,00
5	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO EEG	R\$120,00	R\$2.400,00
6	ELETRONEUROMIOGRAFIA - 2 MEMBROS	R\$300,00	R\$75.000,00

7	ELETRONEUROMIOGRAFIA - 4 MEMBROS	R\$600,00	R\$18.000,00
8	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	R\$ 300,00	R\$6.000,00
9	POTENCIAL EVOCADO VISUAL BINOCULAR	R\$ 250,00	R\$5.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$121.960,00

ANEXO X			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES OTORRINOLARINGOLOGIA/ FONOAUDIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	AUDIOMETRIA COMPLETA - TONAL VOCAL E IMPEDANCIOMETRIA	R\$85,00	R\$51.000,00
2	AUDIOMETRIA COMPLETA COM IMPEDÂNCIA - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 42,00	R\$8.400,00
3	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$47,25	R\$14.175,00
4	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ÓSSEA) - Atendimento com equipamento do Município em Santa Bárbara	R\$ 20,00	R\$4.000,00
5	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$25,00	R\$250,00
6	BERA (criança ou adulto)	R\$ 150,00	R\$75.000,00
7	EMISSIONES OTOACUSTICAS ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO	R\$15,00	R\$6.000,00
8	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA	R\$18,75	R\$8.437,50
9	FIBRONASOLARINGOSCOPIA	R\$90,00	R\$58.500,00
10	IMITANCIOMETRIA - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 15,00	R\$3.000,00
11	IMPEDANCIOMETRIA	R\$23,00	R\$1.380,00
12	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-SRT) AUDIO VOCAL - Atendimento com equipamento do município em Santa Bárbara	R\$ 15,00	R\$3.000,00
13	POLISSONOGRAMA ACIMA DE 18 ANOS	R\$450,00	R\$67.500,00

14	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP NASAL	R\$450,00	R\$4.500,00
15	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$150,00	R\$15.000,00
16	TESTES VESTIBULARES	R\$74,00	R\$18.500,00
17	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$390,00	R\$3.900,00
18	VIDEOLARINGOESTROSCOPIA	R\$100,00	R\$15.000,00
19	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$95,00	R\$14.250,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$159.260,00

ANEXO XI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES PNEUMOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ESPIROMETRIA	R\$120,00	R\$72.000,00
2	BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRONQUICA E/OU COM OU SEM ASPIRADO OU LAVABO BRONQUIO BILATERAL	R\$ 1.250,00	R\$25.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$97.000,00

ANEXO XII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES RADIOLOGICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$122,00	R\$244.000,00
2	ESCANOMETRIA	R\$15,54	R\$155,40
3	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$150,00	R\$3.000,00
4	MAMOGRAFIA DIGITAL	R\$90,00	R\$135.000,00
5	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS	R\$18,36	R\$183,60

6	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AP LATERAL LOCALIZADA	R\$12,88	R\$128,80
7	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES AP	R\$14,34	R\$286,80
8	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$12,84	R\$642,00
9	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOÁMATICO-MALAR AP OBLIQUAS	R\$13,92	R\$139,20
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$15,54	R\$155,40
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$15,54	R\$2.331,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$15,54	R\$155,40
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$15,54	R\$155,40
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R\$15,54	R\$155,40
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA - TORNOZELO	R\$15,54	R\$2.331,00
16	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$15,54	R\$2.331,00
17	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$15,54	R\$155,40
18	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$13,00	R\$1.300,00
19	RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL HIRTZ	R\$13,76	R\$137,60
20	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$14,80	R\$148,00
21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP LATERAL TO OBLIQUAS	R\$16,66	R\$2.499,00
22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$21,92	R\$6.576,00
23	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA OU DORSAL AP LATERAL	R\$18,32	R\$2.748,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	R\$19,46	R\$2.919,00
25	RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX	R\$16,74	R\$167,40
26	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$11,80	R\$590,00
27	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$17,88	R\$1.788,00
28	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO PA LATERAL	R\$15,04	R\$150,40

29	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	R\$30,00	R\$300,00
30	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$15,96	R\$159,60
31	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO - TRÂNSITO	R\$95,18	R\$951,80
32	RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL	R\$13,56	R\$8.136,00
33	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$12,60	R\$126,00
34	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$12,60	R\$1.890,00
35	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA	R\$12,00	R\$600,00
36	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE ROCHEDOS BILATERAL	R\$18,06	R\$180,60
37	RADIOGRAFIA DE OMBRO TRES POSIÇÕES	R\$14,98	R\$2.247,00
38	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE MN LATERAL HIRTZ	R\$16,76	R\$167,60
39	RADIOGRAFIA DE PÉ ,DEDOS DO PÉ	R\$13,56	R\$2.712,00
40	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$17,88	R\$894,00
41	RADIOGRAFIA DE PUNHO AP LATERAL OBLÍQUA	R\$13,82	R\$2.073,00
42	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$15,60	R\$156,00
43	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE FN MN LATERAL HIRTZ	R\$14,64	R\$2.196,00
44	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA PA LATERAL BRETTON	R\$14,40	R\$144,00
45	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA	R\$13,76	R\$1.376,00
46	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL	R\$19,00	R\$11.400,00
47	RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - ADULTO	R\$125,00	R\$1.250,00
48	RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - CRIANÇA	R\$220,00	R\$2.200,00
49	RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA EXCRETORA	R\$135,00	R\$1.350,00
50	RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA RETOGRADA	R\$125,00	R\$1.250,00
51	RADIOGRAFIA DIGITAL SEIOS DA FACE	R\$110,00	R\$1.100,00
52	RADIOGRAFIA ENEMA OPACO	R\$150,00	R\$1.500,00
53	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA	R\$12,98	R\$129,80

54	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDILOGRAFIA PARA ESCOLIOSE	R\$75,00	R\$15.000,00
55	RADIOGRAFIA REED ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO	R\$90,00	R\$4.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$474.318,60
ANEXO XIII			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: EXAMES UROLOGICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ESTUDO URODINÂMICO	R\$270,00	R\$54.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$54.000,00
ANEXO XIV			
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: MATERIAL PARA ANALISE PARA FINS DIAGNOSTICOS			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - menos de 03 centímetros	R\$ 120,00	R\$1.200,00
2	ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - acima de 03 centímetros	R\$ 220,00	R\$2.200,00
3	ANÁLISE DE BIÓPSIA DE FIBROBRONCOSCOPIA	R\$400,00	R\$2.400,00
4	ANÁLISE DE BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 150,00	R\$1.500,00
5	ANÁLISE POR MICROSCOPIA ELETRÔNICA DE BIÓPSIA RENAL	R\$650,00	R\$3.900,00
6	BIÓPSIA DE MEDULA OSSEA - COLETA	R\$504,00	R\$5.040,00
7	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES MAIS OPME	R\$189,90	R\$9.495,00
8	BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSON ULTRASSON DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$814,00	R\$8.140,00
9	ELETROCOAGULAÇÃO DE VERRUGAS	R\$56,64	R\$2.832,00
10	ESTUDO EM IMUNOHISTOQUÍMICA	R\$550,00	R\$5.500,00

11	EXAME DE ANATOMO PATOLÓGICO	R\$37,00	R\$111.000,00
12	EXAME DE CITOLOGIA	R\$20,00	R\$30.000,00
13	EXERESE DE LESÃO DE PELE E ANEXOS	R\$192,92	R\$19.292,00
14	IMUNOHISTOQUÍMICA DE LESÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 600,00	R\$6.000,00
15	MIELOGRAMA MAIS ANÁLISE	R\$631,00	R\$6.310,00
16	PAINEL DE IMUNOFLOURESCÊNCIA + MICROSCOPIA ÓPTICA	R\$550,00	R\$11.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$225.809,00

ANEXO XV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	BLOQUEIO DE NERVO SUPRA ESCAPULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
2	INFILTRAÇÃO ARTICULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
3	INFILTRAÇÃO COM TRIANCIL - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00	R\$60.000,00
4	BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOÍDEO COM CORTICÓIDE, COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR - Procedimento a ser realizado em Bloco Cirúrgico - Valor incluso Honorários Médicos e Mat/Med	R\$3.016,60	R\$150.830,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$330.830,00

ANEXO XVI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: RESSONANCIAS MAGNETICAS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIORESSONÂNCIA QUALQUER ORGÃO	R\$500,00	R\$15.000,00
2	COLANGIORRESSONÂNCIA VIAS BILIARES	R\$500,00	R\$20.000,00
3	CONTRASTE ADICIONAL PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$100,00	R\$75.000,00

4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$500,00	R\$50.000,00
5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA, Pelve, ABDÔMEN INFERIOR	R\$500,00	R\$75.000,00
6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL, PESCOÇO	R\$500,00	R\$100.000,00
7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$500,00	R\$250.000,00
8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$500,00	R\$25.000,00
9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$500,00	R\$200.000,00
10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE	R\$500,00	R\$5.000,00
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA - UNILATERAL	R\$500,00	R\$5.000,00
12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTÓIDES	R\$500,00	R\$5.000,00
13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$500,00	R\$350.000,00
14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$500,00	R\$100.000,00
15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	R\$500,00	R\$5.000,00
16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R\$500,00	R\$5.000,00
17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$500,00	R\$10.000,00
18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$500,00	R\$5.000,00
19	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00	R\$11.210,00
20	ANGIORESSONÂNCIA DE AORTA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00	R\$5.605,00
21	HIDRO- RM-COLANGIO-RM-URO-RM-MIRLO-RM-SIALO-RM- CISTOGRAFIA RM COM SEDAÇÃO	R\$846,00	R\$4.230,00
23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA COM SEDAÇÃO	R\$446,00	R\$2.230,00
25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN TOTAL COM SEDAÇÃO	R\$1.750,00	R\$8.750,00

27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.050,00	R\$5.250,00
28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA -ARTICULAÇÕES SACROILIACAS-COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$52.300,00
33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE-INCLUI SEIOS DA FACE- COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
36	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
37	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS COM SEDAÇÃO	R\$1.000,00	R\$10.000,00
38	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OSSOS TEMPORAIS - BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
39	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE Pelve - NÃO INCLUI ART COXOFEMORAIS COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
40	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
41	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
42	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
43	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00	R\$5.230,00
44	RESSONÂNCIA MIOCÁRDICA	R\$800,00	R\$8.000,00
45	DEFECO RESSONÂNCIA	R\$743,00	R\$14.860,00
46	CONTRASTE HEPATOESPECÍFICO	R\$ 440,00	R\$8.800,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$1.514.915,00

ANEXO XVII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CÁLCIO COM OU SEM CONTRASTE	R\$2.120,00	R\$21.200,00
2	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN	R\$270,00	R\$5.400,00
3	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA SEM SEDAÇÃO	R\$752,00	R\$7.520,00
4	ANGIOTOMOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL SEM SEDAÇÃO	R\$752,00	R\$7.520,00
5	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	R\$752,00	R\$75.200,00
6	CONTRASTE ADICIONAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$100,00	R\$200.000,00
7	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA	R\$710,00	R\$7.100,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - FÍGADO, BAÇO, PÂNCREAS E RINS	R\$207,94	R\$31.191,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR	R\$320,00	R\$544.000,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES - ESTENO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELO, PUNHOS, SACRO ILIACAS	R\$130,12	R\$13.012,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA	R\$54,40	R\$5.440,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$130,14	R\$39.042,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$136,50	R\$95.550,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$130,14	R\$6.507,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$130,00	R\$52.000,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA, MAXILAR	R\$130,00	R\$1.300,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	R\$130,00	R\$13.000,00

18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	R\$207,94	R\$41.588,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Segmentos Apendiculares - Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna e Pé	R\$130,00	R\$13.000,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Tórax	R\$204,61	R\$613.830,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO Crânio ou Sela Turcica ou Órbitas	R\$130,00	R\$260.000,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO Pescoço	R\$130,12	R\$13.012,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Renal	R\$320,00	R\$3.200,00
24	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE POSITRONS PET-CT	R\$4.000,00	R\$40.000,00
25	ANGIOTOMOGRAFIA DE Crânio com Sedação	R\$952,00	R\$4.760,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Abdômen Superior com Sedação	R\$735,00	R\$3.675,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Abdômen Total com Sedação	R\$694,00	R\$3.470,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Articulação - Unilateral com Sedação	R\$530,00	R\$2.650,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Bacia com Sedação	R\$530,00	R\$2.650,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Cada Segmento Adicional para Coluna com Sedação	R\$340,00	R\$1.700,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Coluna Cervical com Sedação	R\$532,00	R\$2.660,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Coluna Lombo-Sacra com Sedação	R\$532,00	R\$2.660,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Coluna Torácica com Sedação	R\$532,00	R\$2.660,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Face Seios da Face com Sedação	R\$508,00	R\$2.540,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Mastóides ou Ouvidos com Sedação	R\$549,00	R\$2.745,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve ou Abdômen Inferior com Sedação	R\$835,00	R\$4.175,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Segmentos Apendiculares com Sedação	R\$549,00	R\$2.745,00

38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$576,00	R\$2.880,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$532,00	R\$2.660,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$320,00	R\$384.000,00
42	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$204,61	R\$613.830,00
43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS - - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$130,00	R\$156.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$3.310.732,00

ANEXO XVIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$100,00	R\$ 40.000,00
2	DUPLEX SCAN DE AORTA ILÍACA	R\$112,00	R\$ 2.240,00
3	DUPLEX SCAN DE ARTÉRIAS RENAIAS	R\$100,00	R\$ 3.000,00
4	DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$150,00	R\$ 30.000,00
5	DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$150,00	R\$ 1.500,00
6	DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$100,00	R\$ 200.000,00
7	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 2.100,00	R\$ 42.000,00
8	ARTERIOGRAFIA DE 1 MEMBRO	R\$ 1.200,00	R\$ 24.000,00
9	ARTERIOGRAFIA DE 2 MEMBROS	R\$ 1.400,00	R\$ 28.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 370.740,00

ANEXO XIX

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS - EXCETO ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO)

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 96,00	R\$ 192.000,00
2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO BRAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 36.000,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 36.000,00
4	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 10.800,00
5	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 10.800,00
6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
7	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 54.000,00
8	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 21.600,00
9	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
10	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 54.000,00
11	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 122.400,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00

14	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00	R\$ 5.100,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00	R\$ 5.100,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 5.400,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 360,00
19	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 3.600,00
20	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00	R\$ 360,00
21	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00	R\$ 12.150,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00	R\$ 56.700,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 1.884,00
24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 14.130,00
25	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
26	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 14.130,00
27	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
28	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
29	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 9.420,00
30	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00

31	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40	R\$ 942,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 716.904,00

ANEXO XX

EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRRAFIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 80,00	R\$ 240.000,00
2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00
3	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 60.000,00
4	ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
7	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA	R\$ 60,00	R\$ 90.000,00
8	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	R\$ 60,00	R\$ 36.000,00
9	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00

10	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 60,00	R\$ 90.000,00
11	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 60,00	R\$ 138.000,00
12	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO	R\$ 60,00	R\$ 18.000,00
13	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
14	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
15	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
16	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
17	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 60,00	R\$ 12.000,00
18	ULTRASSONOGRAMA DE PARÓTIDAS	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
19	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR	R\$ 60,00	R\$ 30.000,00
20	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 60,00	R\$ 6.000,00
21	ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00
22	ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00
23	ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
24	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 157,00	R\$ 78.500,00
25	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
26	ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
27	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
28	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
29	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
30	ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
31	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00

32	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER	R\$ 157,00	R\$ 15.700,00
35	CORE BIOPSY	R\$380,00	R\$ 19.000,00
36	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA	R\$250,00	R\$ 37.500,00
37	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA E ANESTESIA	R\$679,00	R\$ 67.900,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 1.407.600,00

ANEXO XXI

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: DIAGNÓSTICO EM DERMATOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	TESTE DE CONTATO - PATH TESTE	R\$170,00	R\$ 8.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 8.500,00

ANEXO XXII

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: CIRURGIAS UROLÓGICAS

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	LITOTRIPSIA - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.500,00	R\$ 30.000,00
2	LITOTRIPSIA + IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO J - valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00	R\$ 50.000,00
3	URETERORRENOLITOTRIPSIA FELXÍVEL + IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$5.000,00	R\$ 100.000,00

4	URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.500,00	R\$ 90.000,00
5	TROCA DE CATÉTER DUPLO J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.700,00	R\$ 34.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 304.000,00

ANEXO XXIII			
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: ODONTOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	RADIOGRAFIAS PARA PASTA DE DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	R\$160,00	R\$ 3.200,00
2	TOMOGRAFIA DE DENTE CONE BEAM	R\$170,00	R\$ 8.500,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 11.700,00

ANEXO XXIV			
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + TURBINECTOMIA BILATERAL (30501458)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$6.480,00	R\$ 64.800,00
2	SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502314) + SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502349) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA UNILATERAL (30501199)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$7.530,00	R\$ 75.300,00

3	SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502292) +ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502314) +SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502349) + SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILAREAL (30502357) +SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359)+ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$8.636,00	R\$ 86.360,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 226.460,00
ANEXO XXV			
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO			
Grupo: OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário	Valor total
1	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA - SESSÕES	R\$350,00	R\$ 35.000,00
TOTAL ESTIMADO:			R\$ 35.000,00

Valor estimado do Credenciamento: R\$ 17.675.333,10 (dezesete milhões, seiscentos e setenta e cinco mil e trezentos e trinta e três reais e dez centavos)

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021**

ANEXO XXX

PLANILHA DE DISPONIBILIDADE DE DEMANDA PELO CREDENCIAMENTO

Obs: Neste campo deverá ser informado a capacidade de atendimento do Credenciamento por serviço de credenciamento em um **período mensal**:

EXAMES			
Item	Tipo de Especialidade	Capacidade mensal de atendimento	Capacidade Anual de atendimento
1			
2			
3			
4			
5			
EXAMES			
Item	Tipo de Especialidade	Capacidade mensal de atendimento	Capacidade Anual de atendimento
1			
2			
3			
4			
5			

PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 058/2021
INEXIGIBILIDADE Nº. 013/2021
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 009/2021

ANEXO XXXI

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO QUE FAZEM ENTRE SI o **Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL**, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, com sede à Av: Duque de Caxias, 850, Bairro Esplanada da Estação, em Itabira- MG, inscrito no CNPJ sob o n.º 01.921.228/0001-87, neste ato representado pela Secretária Executiva Sr^a. Nélia Maria Tonelli Carvalho, portadora do CPF nº 764.169.926-04, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e a empresa, inscrita no CNPJ sob o nº., situado à Rua:: B:.....na cidade de/MG - CEP:-....., doravante denominado simplesmente CONTRATADO(A), neste ato representado por, portador do CPF nº., têm entre si certo e ajustado a contratação de prestação do(s) serviço(s), cujo(s) objeto(s) encontra(m)-se mencionado(s) na Cláusula Primeira, tudo nos termos da **Inexigibilidade de Licitação nº. 013/2021 - Credenciamento nº. 009/2021, Processo Licitatório nº. 058/2021**, regendo-se pelo disposto na Lei nº14.133/2021 e pelas cláusulas e condições adiante enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto do presente instrumento a **Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos municípios consorciados, exceto Itabira**, conforme anexo do Processo Licitatório acima citado.

CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

O presente Contrato tem origem no Processo Licitatório nº. 058/2021- CREDENCIAMENTO Nº. 009/2021 - Inexigibilidade nº. 013/2021, fundamentada no art. 79, da Lei nº 14.133/2021 c/c Portaria Ciscel nº 009/2021.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO

3.1 - O CONTRATANTE pagará a CONTRATADA por demanda de serviço prestado, a ser apurado mensalmente através de relatório analítico, e, observando o valor unitário de cada procedimento em que a CONTRATADA se credenciou.

3.2 - Os pagamentos serão realizados pelo CONTRATANTE, na conta do CONTRATADO cujos dados serão fornecidos posteriormente, à partir do 20º. (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento, desde que:

- a) O CONTRATADO encaminhe ao CONTRATANTE, até 02 (dois) dias após solicitação, via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal referente aos serviços/atendimentos executados e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;
- b) A unidade de saúde do município certifique, até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação.

c) **Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.**

3.3 - É vedado à CONTRATADA cobrar diretamente do usuário qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados, concernentes aos procedimentos autorizados pelo CISCEL;

3.4 - Estarão incluídas no preço todas as despesas diretas e indiretas, tais como encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais e quaisquer outras necessárias a plena execução deste contrato.

CLÁUSULA QUARTA - DAS ESPECIFICAÇÕES

As especificações dos serviços a serem credenciados são prestação de serviços em saúde, concernentes na realização de serviços médicos, conforme elencados nos Anexos para atender às demandas dos pacientes/usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, vinculados aos Municípios/Associados ao CISCEL.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

Os contratos terão validade até 27/08/2022, não gerando direito adquirido ao Credenciamento à distribuição de procedimento/exames/consultas mínimas, sendo esta distribuição realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados e de acordo com item 7.4 do edital.

CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

6.1 - O CONTRATADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CONTRATANTE, oferecendo-lhes atendimentos de Contratação de pessoas jurídicas prestadores de serviços médicos especializados para atendimento da população dos municípios consorciados, conforme anexo constante do edital e do presente contrato;

6.2 - Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados pelo credenciado em consultório próprio do CONTRATADO.

6.3 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.

6.4 - O CONTRATADO reconhece por este instrumento que é responsável pelos danos ou prejuízos que, eventualmente, venham a sofrer o CONTRATANTE, coisa, propriedade ou terceiros, em decorrência de sua culpa ou dolo na execução do contrato, sejam eles causados por si, seus prepostos ou funcionários, bem como por pessoas por esta autorizada a permanecer no local do fornecimento; não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou acompanhamento exercidos pelo CONTRATANTE.

CLÁUSULA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

Constituem obrigações e responsabilidades do CONTRATANTE:

- a) Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;
- b) Fiscalizar a execução dos serviços contratados;
- c) Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

- d) Efetuar nas datas aprezadas os pagamentos pelos serviços prestados.

CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Constituem obrigações e responsabilidades da CONTRATADA:

- Prestar os serviços dentro das exigências mínimas impostas pela ANVISA e segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;
- Não transferir ou ceder a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Contrato, exceto, quando previamente autorizado pela CONTRATANTE;
- Assumir, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da prestação dos serviços necessários à boa e perfeita execução do objeto deste Contrato;
- Submeter-se às regras de funcionamento da CONTRATANTE;
- Respeitar, rigorosamente, na execução deste contrato, a legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, bem como as normas de higiene e segurança, por cujos encargos responderá unilateralmente;
- Cumprir rigorosamente os horários e dias aprezados para a prestação, devendo prestar todos os atendimentos agendados;
- Tratar com profissionalismo, urbanidade e respeito irrestrito os pacientes, bem como os demais profissionais do CONTRATANTE;
- Comunicar à direção da CONTRATANTE, com 20 (vinte) dias de antecedência, qualquer alteração que houver, para o atendimento do mês seguinte;
- Realizar somente os serviços autorizados pelo CISCEL, através de guias de autorização, assinadas pelo Secretário Municipal de Saúde ou responsável e anexo o encaminhamento e/ou pedido médico;
- Manter, durante todo o prazo de execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições que ensejaram sua habilitação na licitação que deu origem ao presente instrumento;
- Prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, cujas reclamações se obriga a atender pronta e irrestritamente;
- Fornecer ao preposto credenciado do CONTRATANTE, mensalmente, o relatório especificando nome dos pacientes atendidos, procedimento realizado e valor;
- Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;
- Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias, sociais e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao CONTRATANTE, o respectivo pagamento.
- Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;

8.1 - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

8.2 - As obrigações acima dispostas, não afastam as obrigações previstas no edital e nas constantes no art. 16, da Portaria Ciscel nº 006/2020.

CLÁUSULA NONA - DOS ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS

Todos os encargos sociais e trabalhistas, resultantes do presente contrato, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA. Assim, a CONTRATADA reconhece, desde

já, que os débitos trabalhistas e sociais advindos do presente instrumento serão arcados, única e exclusivamente, pela mesma.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS TRIBUTOS O valor deste Contrato engloba todo e qualquer tributo, sendo que a retenção e pagamento de quaisquer impostos e/ou taxas ficarão a cargo e sob responsabilidade do CONTRATANTE, sempre que as disposições legais pertinentes assim o exigirem.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Contrato correrão, por conta da Dotação Orçamentária Nº. 01.002.10.122.1002.2003 - Programa de Atividades Ambulatorial/ Consultório/ CISCEL - 33903900000 - Outros Serviços Terceiros/ Pessoa Jurídica - Ficha 25 - Fonte 112 - do exercício de 2021 e para o ano seguinte deverá ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica orçamentária.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FISCALIZAÇÃO

O CONTRATANTE exercerá ampla fiscalização ante a prestação dos serviços objeto deste Contrato, por si, ou por terceiros indicados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REAJUSTE

Em caso de prorrogação de vigência, transcorridos 12 (doze) meses, o contrato poderá ser reajustado com base no acumulado do INPC.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES

15.1 - Pela inexecução total ou parcial do Contrato, o CONTRATANTE, a seu critério, garantida a prévia defesa, aplicará à CONTRATADA as seguintes sanções, respeitando-se também o disposto na Lei Federal nº 14.133/21;

- a) Advertência;
- b) Multa de 0,5 % (meio por cento) por dia de atraso, limitada a 05 (cinco) dias, após o qual será considerado inexecução contratual;
- c) Multa de 10% (dez por cento) no caso de inexecução parcial do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 01 (um ano);
- d) Multa de 20 % (vinte por cento) no caso de inexecução total do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 02 (dois anos).

15.2 - As multas serão calculadas sobre o montante não adimplido do contrato;

15.3 - A aplicação das sanções pecuniárias estabelecidas nos itens anteriores não afasta a responsabilidade da CONTRATADA por eventuais prejuízos causados à CONTRATANTE ou a terceiros e nem aos ditames penais previstos na Lei 14.133/21, em decorrência da imperfeita execução do serviço contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido em qualquer tempo, seja amigavelmente, judicialmente ou através de ato unilateral e escrito do CONTRATANTE, nos termos do art. 104 e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/21, assegurado o contraditório e ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS PRIVILÉGIOS DO CONTRATANTE

A CONTRATADA reconhece que o CONTRATANTE é agente de interesse público, motivo pelo qual admite que quaisquer dúvidas na interpretação deste Contrato sejam dirimidas em favor do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de ITABIRA-MG, para a composição de qualquer lide resultante deste Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que possa ser.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1 - Integram o presente contrato, para todos os fins de direito, o Edital de Licitação que lhe deu origem e respectivos anexos, especificados no preâmbulo deste, cujas cláusulas e condições são interdependentes e complementares entre si.

19.2 - Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21 e subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

E, por estarem assim, acordados e contratados, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas signatárias.

Itabira, de de 2021.

CISCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste

..... - CPF nº.

CONTRATANTE

.....

..... - CPF nº.

CONTRATADA

.....
Assessor Jurídico - OAB-MG

Testemunhas:

Nome: _____
CPF nº. _____

Nome: _____
CPF nº. _____