



PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

SOLICITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETO: Realização de **Chamamento Público**, através de CREDENCIAMENTO, do edital nº 050/FMS/2025 de prestadores da **L&K CLÍNICA CONSULTORIA MÉDICA LTDA**, inscrita no CNPJ nº 37.719.769/0001-74, especialista em serviços de assistência à saúde e instalada na Avenida Coronel João Fernandes, nº 68, sala 02, Bairro Centro, Araranguá/SC, CEP 88.900-005, para atendimento na área ambulatorial, para realizar serviços de EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, aos usuários do Sistema único de Saúde – SUS, do município de Criciúma, discriminados nos Códigos e Procedimentos constantes nos GRUPOS 02, Sub Grupo 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 e 11, GRUPO 03, Subgrupo 03 e 09 e GRUPO 05, Sub Grupo 01, com base no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP/SUS) + Complemento + Deliberação CIB 744, sendo ofertados conforme parâmetros assistenciais, compatibilizando-se à demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 02				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$67,86	R\$115,00	R\$182,86

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 03				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.05.01.004-0	ECO DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$39,60	R\$155,00	R\$194,60

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 04				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$42,90	R\$195,00	R\$237,90
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL C/ DOPPLER	R\$42,90	R\$184,14	R\$227,04
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$39,60	R\$190,44	R\$230,04
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER / INCLUINDO AS GESTAÇÕES MÚLTIPLAS	R\$39,60	R\$300,00	R\$339,60

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 05				
------------------------------------	--	--	--	--

Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Completo	Total
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$39,60	R\$136,39	R\$175,99
02.05.01.004-0	ECO DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS	R\$39,60	R\$138,42	R\$178,02

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 06				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Completo	Total
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$24,20	R\$61,00	R\$85,20
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$37,95	R\$48,25	R\$86,20
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (ABDOMEN INFERIOR MASCULINO)	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	R\$24,20	R\$70,07	R\$94,27
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE MÚSCULOS	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$24,20	R\$97,58	R\$121,78
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA), AXILAR UNILATERAL	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (ABDOMEN INFERIOR FEMININO)	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20

	GINECOLÓGICA			
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$24,20	R\$62,00	R\$86,20
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$24,20	R\$65,80	R\$90,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 07				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.11.05.002-4	ELETRORNOCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$11,34	R\$113,00	R\$124,34
02.11.05.003-2	ELETRORNOCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$25,00	R\$183,33	R\$208,33
02.11.05.004-0	ELETRORNOCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$25,00	R\$183,33	R\$208,33

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 10				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.11.05.008-3	ELETRORNOCEFALOGRAFIA (MMII E MMSS) CADA MEMBRO (Máximo 4)	R\$27,00	R\$216,67	R\$243,67

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 14				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$8,38	R\$23,62	R\$32,00
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$6,96	R\$26,34	R\$33,30
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$6,88	R\$20,04	R\$26,92
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$9,15	R\$24,52	R\$33,67
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$7,52	R\$19,48	R\$27,00
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$9,03	R\$23,37	R\$32,40
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$7,20	R\$19,18	R\$26,38

02.04.1.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$7,98	R\$26,77	R\$34,75
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$7,32	R\$21,08	R\$28,40
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$7,20	R\$24,13	R\$31,33
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$8,38	R\$22,90	R\$31,28
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$8,38	R\$20,50	R\$28,88
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$7,80	R\$20,70	R\$28,50
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$8,19	R\$21,79	R\$29,98
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$8,33	R\$22,47	R\$30,80
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$10,29	R\$22,46	R\$32,75
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$10,96	R\$32,85	R\$43,81
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$14,90	R\$26,36	R\$41,26
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$16,88	R\$26,45	R\$43,33
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$9,16	R\$28,53	R\$37,69
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$9,73	R\$28,76	R\$38,49
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$15,58	R\$28,09	R\$43,67
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$8,37	R\$24,46	R\$32,83
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$7,98	R\$24,59	R\$32,57
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$8,73	R\$24,67	R\$33,40
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$5,56	R\$25,69	R\$31,25
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$14,32	R\$24,08	R\$38,40
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$12,02	R\$22,31	R\$34,33

02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$9,50	R\$22,75	R\$32,25
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRAO OIT)	R\$6,55	R\$86,28	R\$92,83
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$6,88	R\$22,26	R\$29,14
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$7,40	R\$21,12	R\$28,52
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$6,42	R\$26,37	R\$32,79
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$7,40	R\$19,13	R\$26,53
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$7,40	R\$19,98	R\$27,38
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$7,77	R\$20,49	R\$28,26
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$7,40	R\$20,61	R\$28,01
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$5,62	R\$22,88	R\$28,50
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$5,90	R\$16,91	R\$22,81
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$6,30	R\$16,70	R\$23,00
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE ÓSSEA)	R\$6,00	R\$27,67	R\$33,67
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO/ ESCÁPULA (TRÊS POSIÇÕES)	R\$7,98	R\$29,57	R\$37,55
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$6,91	R\$21,51	R\$28,42
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$10,73	R\$23,80	R\$34,53
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$15,30	R\$37,11	R\$52,41
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$7,17	R\$19,08	R\$26,25
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$7,77	R\$22,51	R\$30,28
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$6,50	R\$22,40	R\$28,90
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$7,77	R\$26,78	R\$34,55
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$6,50	R\$25,79	R\$32,29
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$7,77	R\$22,12	R\$29,89
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$8,94	R\$19,21	R\$28,15
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$6,78	R\$21,93	R\$28,71
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$7,16	R\$20,67	R\$27,83
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$9,29	R\$46,02	R\$55,31

02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ	R\$6,78	R\$29,89	R\$36,67
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$8,94	R\$24,34	R\$33,28

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 16				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Completo	Total
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA COM PRESSÃO FOCAL (UNILATERAL)	R\$22,50	R\$97,50	R\$120,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$45,00	R\$104,78	R\$149,78
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO – EM CAMPANHAS	R\$45,00	R\$87,58	R\$132,58

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 17				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Completo	Total
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$268,75	R\$104,13	R\$372,88
-	CONTRASTE RADIOLÓGICO	-	R\$110,00	R\$110,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 19				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$86,76	00,00	R\$86,76
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$101,10	00,00	R\$101,10
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$86,76	00,00	R\$86,76
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$86,75	00,00	R\$86,75
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$86,75	00,00	R\$86,75
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$97,44	00,00	R\$97,44
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$97,44	00,00	R\$97,44
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$86,75	00,00	R\$86,75
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$86,75	00,00	R\$86,75
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$136,41	00,00	R\$136,41
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$138,63	00,00	R\$138,63
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$86,75	00,00	R\$86,75
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/BACIA/ABDÔMEN INFERIOR	R\$138,63	00,00	R\$138,63
-	CONTRASTE RADIOLÓGICO	-	R\$100,00	R\$100,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 20				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.09.04.004-1	NASOFIBROLARINGOSCOPIA, VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$45,50	R\$215,75	R\$261,25

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 22				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total

02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$5,15	R\$37,23	R\$42,38
----------------	-------------------	---------	----------	----------

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 23				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.05.02.001-1	ECO DOPPLER TRANSCRANIANO	R\$117,00	R\$25,51	R\$142,51

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 25				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA	R\$24,20	R\$81,66	R\$105,86
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL E OSSO NASAL	R\$24,20	R\$202,84	R\$227,04
02.05.02.018-6 02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA COM MEDIDA DE COLO	R\$24,20+ R\$24,20 (48,40)	R\$131,60	R\$180,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 30				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA	R\$00,00	R\$269,81	R\$269,81

TABELA DE PROCEDIMENTOS – GRUPO 33				
Código SIGTAP	Procedimentos	Valor SUS	Complemento	Total
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$30,00	R\$77,50	R\$107,50

