

08	0405019117	RECONSTRUÇÃO DE CANAL LACRIMAL, pediátrica ou adulto (monocular)	689,66	2.560,34	3.250,00
8	0405030231	REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	389,64	0,00	389,64
38	0409037040	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (Parte Anestesista)	0,00	1.000,00	1.000,00
38	0409039040	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (Parte Hospitalar)	266,14	2.883,86	3.150,00
38	0409038040	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (Parte Médico)	328,54	3.171,46	3.500,00
38	0409030040	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (Parte: Hospitalar + Médico + Anestesista)	594,68	7.055,32	7.650,00
31	0207029019	RESSONÂNCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE (COM SEDAÇÃO)	268,75	1.229,21	1.497,96
31	0207019111	RESSONANCIA MAGNÉTICA / ORBITA OCULAR	0,00	369,95	369,95
31	0207019116	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / ORBITA OCULAR, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207029002	RESSONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA COM PESQUISA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA	0,00	1.400,00	1.400,00
31	0207999001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE	268,75	181,20	449,95
31	0207019157	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO	268,75	1.051,20	1.319,95
31	0207019112	RESSONANCIA MAGNÉTICA CRANIO COM PERFUSÃO	268,75	101,20	369,95
31	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	268,75	101,20	369,95
31	0207039014	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	268,75	101,20	369,95
31	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	268,75	101,20	369,95
31	0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	268,75	101,20	369,95
31	0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	268,75	101,20	369,95
31	0207039022	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	268,75	101,20	369,95
31	0207019030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	268,75	101,20	369,95
31	0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	268,75	101,20	369,95
31	0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	268,75	131,25	400,00
31	0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	268,75	101,20	369,95
31	0207019064	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207019115	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE / SEIOS DA FACE, com contraste	268,75	181,20	449,95

31	0207029004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE/SEIOS DA FACE	268,75	101,20	369,95
31	0207029001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS (BILATERAL) sem contraste	268,75	1.031,25	1.300,00
31	0207019113	Ressonância Magnética de Mastóides (Ouvidos/Ossos temporais)	0,00	369,95	369,95
31	0207019114	Ressonância Magnética de Mastóides (Ouvidos/Ossos temporais), com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207039922	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SACRO ÍLIACAS (SACRO-ILÍACAS), com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207019072	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (túrsica), com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURSICA	268,75	101,20	369,95
31	0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	268,75	101,20	369,95
31	0207029035	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX, com contraste	268,75	181,20	449,95
31	0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	268,75	101,20	369,95
31	0207039113	RESSONANCIA MAGNETICA PENIS/URETER (pelve masculino)	0,00	650,00	650,00
31	0207029003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL	268,75	101,20	369,95
31	0207039002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO LOMBAR	268,75	101,20	369,95
21	0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	24,68	95,32	120,00
8	0405050259	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DAS CORNEAS	25,00	0,00	25,00
10	0404019114	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / GARGANTA / NARIZ (em consultório)	0,00	125,00	125,00
7	0402019115	RETIRADA DE NODULOS TIREOIDE	0,00	70,00	70,00
01	0203029004	Revisão de lâminas	0,00	42,93	42,93
2	0417019001	SEDAÇÃO PARA RESSONANCIA	0,00	950,00	950,00
10	0404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	247,46	1.552,54	1.800,00
10	0404019178	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO + TURBINECTOMIA	247,46	1.752,54	2.000,00
34	0309050022	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	4,13	45,87	50,00
33	0302060031	SESSÃO DE EQUOTERAPIA (ATIVIDADE EQUESTRE)	0,00	95,00	95,00
34	0309059116	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (TERAPIA/TRATAMENTO OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA E TRATAMENTO DE FERIDAS)	0,00	300,00	300,00
34	0309050170	SESSÃO DE OZÔNIO TERAPIA APLICADA AO TRATAMENTO DE FERIDAS.	0,00	120,00	120,00
33	0301070059	SESSÃO PSICOPEDAGOGIA (Psicopedagógica)	17,67	47,33	65,00
33	0302060030	Sessões de fisioterapia para atraso no DNPM	4,67	50,33	55,00
34	0302010025	Sessões de fisioterapia urogenital	4,67	50,33	55,00
8	0405010141	SIMBLEFAROPLASTIA (união palpebras superior e inferior)	203,74	0,00	203,74
13	0804019001	TELECONSULTORIA ASSÍNCRONA (NÃO SIMULTÂNEA) EXECUTANTE (Especialista). Valor por demanda e caso o atendimento foi reencaminhamento para a atenção especializada. RESOLUÇÃO Nº. 048.CISAMREC. 2025	0,00	20,00	20,00

Otimizamos os recursos para oferecer atendimento digno e eficaz

Visite o nosso site <https://cisamrec.sc.gov.br/>

TABELA DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS (673 Procedimentos) -
Última atualização: 21 de abril de 2026

Grupo de Procedimentos	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS (alfabética)	Valor SUS (SIGTAP) R\$	Valor Completo R\$	Valor SUS + Completo R\$
4	0201019002	ACRÉSCIMO POR NÓDULO PARA ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA (BIÓPSIA/PAAF)	0,00	20,96	20,96
4	0201019001	ACRÉSCIMO POR NÓDULO BIÓPSIA/PAAF	0,00	70,00	70,00
21	0211069151	ACUIDADE VISUAL (POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL) (BINOCULAR)	0,00	30,00	30,00
10	0404010016	ADENOIDECTOMIA (Não incluso valores de consultas)	348,18	951,82	1.300,00
10	0404010024	AMIGDALECTOMIA (Não incluso valores de consultas)	306,57	993,43	1.300,00
10	0404010032	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA (Não incluso valores de consultas)	337,22	962,78	1.300,00
02	0417019002	ANESTESIA PARA EXAME DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (para o procedimento: onda de choque – tratamento subsequente em duas regiões renais).	0,00	400,00	400,00
2	0417010052	ANESTESIA REGIONAL	84,00	91,00	175,00
21	0211060186	ANGIOGRAFIA DE RETINA / ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA / ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA (Retinografia Fluorescente BINOCULAR)	64,00	165,00	229,00
31	0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (ARTERIAL) (Resolução 059.CISAMREC.2025)	268,75	431,25	700,00
31	0207019001	ANGIORESSONÂNCIA DE ABDOMEN	268,75	431,25	700,00
31	0207019103	ANGIORESSONANCIA DE CRANIO / PESCOÇO – ARTERIAL E/OU VENOSA (sem contraste) (Resolução 059.CISAMREC.2025)	0,00	1.300,00	1.300,00
31	0207019003	ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES	268,75	431,25	700,00
31	0207019002	ANGIORESSONÂNCIA DE REGIÃO PELVICA	268,75	431,25	700,00
35	0206039001	Angiotomografia arterial de membro inferior	0,00	750,00	750,00
35	0206039002	Angiotomografia artérias renais	0,00	750,00	750,00
35	0206039003	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	0,00	450,00	450,00
35	0206039004	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ILIACA	0,00	800,00	800,00
35	0206039005	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA PULMONAR	0,00	750,00	750,00
35	0206039006	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	0,00	450,00	450,00
35	0206039007	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIA ILIACA	0,00	750,00	750,00
35	0206039008	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIA PULMONAR	0,00	750,00	750,00
35	0206039009	Angiotomografia de artérias ilíacas/femorais e distais femorais	0,00	750,00	750,00
35	0206039010	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	0,00	750,00	750,00
35	0206039011	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONARIA	0,00	1.400,00	1.400,00
35	0206039012	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	0,00	450,00	450,00
35	0206039014	Angiotomografia de pelve (venosa ou arterial)	0,00	750,00	750,00
35	0206039013	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE E BACIA	0,00	450,00	450,00
35	0206039015	Angiotomografia de pescoço (arterial ou venosa)	0,00	750,00	750,00

TERMO DE CREDENCIAMENTO 0100/2025

Pelo presente instrumento o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PIRACICABA, doravante denominado simplesmente CREDENCIAMENTE, com sede á RUA SANTA LÚCIA, nº 291, bairro ACLIMAÇÃO, em JOÃO MONLEVADE - MG, inscrito no CNPJ sob o nº 02.031.332/0001-69, neste ato representado pelo Presidente Sr. LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO, e a empresa: INSTITUTO HERMES PARDINI S/A, inscrita no CNPJ sob o nº 19.378.769/0001-76, situada na RUA DOS AIMORES, nº. 66, bairro FUNCIONARIOS, em BELO HORIZONTE/MG, representada por PAULA DE MOURA GOMIDE E SOUZA, portador da CPF nº 6402914657 doravante denominada simplesmente CREDENCIADO ajustam o credenciamento para prestação de serviços conforme Lei Federal N.º 14.133/2021 e suas alterações e pelo estabelecido no CREDENCIAMENTO N.º 007/2025, que é parte integrante deste contrato, atendidas as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1. Constitui objeto do presente instrumento a Contratação de empresa para prestação de serviços de exames e procedimentos de alta e média complexidade para atendimento na cidade de Belo Horizonte – MG, conforme anexos do PROCESSO ADMINISTRATIVO acima descrito.

1.1 O (A) CREDENCIADO (A) atenderá os pacientes encaminhados pelo CISMEPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba, através das Secretarias Municipais dos municípios consorciados, oferecendo-lhes assistência médica, conforme Anexo do Edital.

Item	Tipo Especialidade	Valor Unitário
1	Colangiressonância / Hidro- RM Ou Uro-RM Ou Mielo-RM Ou Sialo-RM Ou Cistografia Por RM Infantil (0 à 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
2	Colangiressonância / Hidro- RM Ou Uro-RM Ou Mielo-RM Ou Sialo-RM Ou Cistografia Por RM Infantil (0 à 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
3	Duplex Scan Arterial De M I D	R\$ 155,00
4	Duplex Scan Arterial De M I E	R\$ 155,00
5	Duplex Scan Arterial De M S D	R\$ 155,00
6	Duplex Scan Arterial De M S E	R\$ 155,00
7	Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	R\$ 155,00
8	Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	R\$ 155,00
9	Duplex Scan De Carótidas	R\$ 155,00
10	Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	R\$ 175,00
11	Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	R\$ 175,00
12	Duplex Scan Venoso De M I D	R\$ 155,00
13	Duplex Scan Venoso De M I E	R\$ 155,00
14	Duplex Scan Venoso De M S D	R\$ 155,00
15	Duplex Scan Venoso De M S E	R\$ 155,00
16	Ecodopplercadiograma Transesofágico	R\$ 480,00
17	Pet Scan Ct	R\$ 3.300,00
18	Pet Scan PSMA	R\$ 4.484,00

Item	Tipo Especialidade	Valor Unitário
19	Ressonância Magnética De Abdomen Superior (fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitônio) Infantil(0 À 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
20	Ressonância Magnética De Abdomen Superior (fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitônio) Infantil(0 À 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
21	Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.infantil (0 A 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
22	Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.infantil (0 A 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
23	Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
24	Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
25	Ressonância Magnética De Atm (bilateral)infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
26	Ressonância Magnética De Atm (bilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
27	Ressonância Magnética De Bacia/quadril Infantil (unilateral)(0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
28	Ressonância Magnética De Bacia/quadril Infantil (unilateral)(0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
29	Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
30	Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
31	Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Infantil (0 á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
32	Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Infantil (0 á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
33	Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
34	Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
35	Ressonância Magnética De Coluna Cervical Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
36	Ressonância Magnética De Coluna Cervical Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
37	Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
38	Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
39	Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
40	Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
41	Ressonância Magnética De Cotovelo (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
42	Ressonância Magnética De Cotovelo (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
43	Ressonância Magnética De Coxa Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
44	Ressonância Magnética De Coxa Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
45	Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
46	Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
47	Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 816,00

Item	Tipo Especialidade	Valor Unitário
48	Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 616,00
49	Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
50	Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
51	Ressonância Magnética De Joelho (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
52	Ressonância Magnética De Joelho (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
53	Ressonância Magnética De Mão (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
54	Ressonância Magnética De Mão (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
55	Ressonância Magnética De Ombro (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
56	Ressonância Magnética De Ombro (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
57	Ressonância Magnética De órbitas Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
58	Ressonância Magnética De órbitas Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
59	Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
60	Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
61	Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
62	Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
63	Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo / Próstata Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
64	Ressonância Magnética De Pelve/ Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo / Próstata Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
65	Ressonância Magnética De Pênis Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
66	Ressonância Magnética De Pênis Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
67	Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
68	Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
69	Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
70	Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
71	Ressonância Magnética De Punho(unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
72	Ressonância Magnética De Punho(unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
73	Ressonância Magnética De Segmento Apendicular (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
74	Ressonância Magnética De Segmento Apendicular (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
75	Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
76	Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00

Item	Tipo Especialidade	Valor Unitário
77	Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
78	Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	R\$ 450,00
79	Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	R\$ 650,00
80	Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste.	R\$ 450,00
81	Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
82	Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
83	Ressonância Magnética Fetal Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	R\$ 650,00
84	Ressonância Magnética Fetal Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	R\$ 450,00
85	Rx Histerossalpingografia	R\$ 485,00
86	Sedação Adicional – Ressonância Infantil	R\$ 344,00

CLÁUSULA SEGUNDA: DA VIGÊNCIA

2. O presente Termo inicia na data 23/06/2025 e encerrará no dia 15/05/2026 podendo ser prorrogado na forma do art. 105, e 106, da Lei nº. 14.133/2021, desde que as condições e os preços permaneçam vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o CREDENCIADO ou a extinção do mesmo sem ônus para qualquer das partes.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA FORMA DE PAGAMENTO

3. Os pagamentos serão realizados pela tesouraria desde consórcio, na conta do CREDENCIADO, a partir do 30º (trigésimo) dia do mês subsequente à data da entrega do faturamento.

3.1 A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da m 6bbprestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DO (A) CREDENCIADO (A)

4. O (A) CREDENCIADO (A) obriga-se a:

4.1. Dar plena e eficaz execução ao serviço CREDENCIADO, garantindo o máximo de segurança aos usuários da assistência do CREDENCIANTE;

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

4.3. Fornecer ao preposto credenciado do CREDENCIANTE, mensalmente, o Mapa de Atendimento individual devidamente ratificado pela CREDENCIADA, pela Secretaria de Saúde do município consorciado e pelo responsável pelas respectivas unidades de saúde onde o serviço será prestado;

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

4.5. Cientificar ao CREDENCIANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;

4.6. Assumir total responsabilidade, pela perfeição e qualidade do serviço CREDENCIADO, assim como responder pelos danos causados ao CREDENCIANTE ou a Terceiros, decorrentes da má execução dos serviços CREDENCIADOS;

4.7. 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 CREDENCIANTE, o respectivo pagamento.

4.8. Durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, obriga-se a CREDENCIADA a manter todas as condições de habilitação e qualificação exigida na licitação, devendo comunicar ao CREDENCIANTE, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a o contrato.

4.9. O faturamento deverá ser encaminhado obedecendo ao cronograma disponível no site <http://iconsorcio.sitcon.com.br/cismepe>;

4.10. Em casos de divergências entre solicitação média e guia de encaminhamento, a fatura será retirada da competência e devolvida ao prestador de serviço para os devidos ajustes;

4.11. Para o fechamento do faturamento será imprescindível o envio do pedido original e guia de encaminhamento do CISMEPI assinada pelo beneficiário;

4.12. Será de responsabilidade do prestador de serviço o arquivamento dos resultados/laudos dos atendimentos realizados via CISMEPI.

CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

5.1. Fornecer à CREDENCIANTE, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;

5.2. Fiscalizar a execução dos serviços CREDENCIADOS;

5.3. Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

5.4. Efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços efetivamente prestados.

CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO

6. O CISMEPI poderá auditar, como lhe aprouver e no seu exclusivo interesse, o exato cumprimento deste contrato, inclusive verificando a efetiva realização dos serviços CREDENCIADOS.

6.1. A CREDENCIADA proporcionará todas as facilidades necessárias ao pessoal que o CISMEPI designar para exercer a ação auditora que lhe é facultada.

6.2. A auditoria de que trata esta “Cláusula” terá por objeto, notadamente, as condições para prestação dos serviços, bem como o controle “a posteriori” da assistência prestada, cabendo exclusivamente à CREDENCIADA integral responsabilidade e eficiência técnica da prestação assistencial. Assim, a faculdade de tal auditoria, mesmo quando exercida, não elidirá nem reduzirá a responsabilidade da CREDENCIADA, de sua administração e prepostos, inclusive perante terceiros, proveniente de qualquer ação indevida ou omissão, cuja eventual ocorrência não implicará jamais tem corresponsabilidade do CREDENCIANTE.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA EXTINÇÃO

7. O presente termo poderá ser extinto conforme previsto no art. 137 da LEI 14.133/2021.

§ 2º O CREDENCIADO terá direito à extinção do contrato nas seguintes hipóteses:

I – supressão, por parte da Administração, de obras, serviços ou compras que acarrete modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no art. 125 desta Lei;

II – suspensão de execução do contrato, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 3 (três) meses;

III – repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis, independentemente do pagamento obrigatório de indenização pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas;

IV – atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pela Administração por despesas de obras, serviços ou fornecimentos;

CLÁUSULA OITAVA: DAS MULTAS E SANÇÕES

8. As multas e sanções estão previstas no item 11 do edital.

CLÁUSULA NONA - DA VINCULAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

9. O presente termo de credenciamento vincula-se à integralidade do CREDENCIAMENTO Nº 007/2025 que lhe deu origem.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10. Para ocorrer às despesas resultantes deste contrato, utilizar-se-ão os recursos financeiros constantes da dotação orçamentária abaixo descrita, do orçamento vigente, devendo ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica, no orçamento do(s) próximo(s) exercício(s) para continuação do Contrato:

Dotação: 02.10.302.1003.2009.3.3.90.39.00 (Outros Serviços de Terceiros- Pessoa Jurídica).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO

11. Fica eleito o foro da comarca de João Monlevade/MG para dirimir questão direta ou indiretamente relacionada com o presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12. A CONTRATADA observará, no atendimento, todas as normas estabelecidas pelo CREDENCIANTE, excluída qualquer vinculação de cunho trabalhista entre ambos.

12.1 A CONTRATADA deverá manter em perfeita regularidade suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e parafiscais, bem como sua situação junto aos órgãos fiscalizadores de suas atividades, devendo apresentar sempre que o CREDENCIANTE julgar necessário, o comprovante de recolhimento junto ao INSS e FGTS, se for caso.

12.2 Quaisquer tributos e encargos devidos, oriundos da prestação dos serviços serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA.

12.3 Integram o presente contrato, para todos os fins de direito, o Edital de Licitação que lhe deu origem e respectivo anexo, especificados no preâmbulo deste, cujas cláusulas e condições são interdependentes e

complementares entre si.

E, assim, por estarem justas, contratadas, cientes e de acordo com todas as cláusulas e condições, firmam as partes o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e para um só efeito, na presença das testemunhas que também o subscrevem.

JOÃO MONLEVADE, 23 de junho de 2025.

LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO

CISMEPI - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PIRACICABA

INSTITUTO HERMES PARDINI S/A

CREDENCIADO

Testemunhas: _____

Este documento foi assinado eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO em 23/06/2025 10:50:40

INSTITUTO HERMES PARDINI S/A em 25/06/2025 08:26:25

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 086/2025
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 009/2025

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

DA JUSTIFICATIVA:

3.1. Diante do manifesto interesse da administração em colocar à disposição da comunidade uma maior oferta de serviços de profissionais da área de saúde, conforme diretrizes fixadas nas pactuações e necessidades de prestação de serviços complementares à rede pública de saúde, pelos preços da Tabela previamente definida e amplamente difundida, com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Belmonte - BA, aos quais todos os interessados poderão aderir livremente, desde que satisfaçam os requisitos e expressamente acatem as condições do poder público, optou-se pela modalidade de contratação efetivada mediante CHAMAMENTO PÚBLICO, que se configura pela inexigibilidade de licitação dada a inviabilidade de competição caracterizada nos seguintes termos. Sendo assim esses prestadores poderão, desde que satisfeitos os requisitos previstos no edital, aderir ao credenciamento e prestar serviços públicos de saúde complementar. Os preços de cada procedimento são predefinidos pelo próprio Ministério da Saúde nos termos da tabela SIA/SIH/SUS e Tabela Majorada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Além da ampliação da rede de serviços de saúde a serem disponibilizados, nesta modalidade de contratação ficam dispensados encargos sociais por conta da CONTRATANTE, nos termos da lei, pois a remuneração recebida pelo CREDENCIADO não caracterizará vínculo de natureza trabalhista, acrescentando que caberá ao gestor direcionar a aplicação dos recursos para aqueles procedimentos de maior demanda e de acordo com sua disponibilidade financeira. A complementação dos serviços públicos de saúde, pela rede privada de assistência à saúde ante a sua necessidade e impossibilidade de ampliação dos serviços públicos, nos termos do artigo 2º, da Portaria Ministerial 1.034/2010.

3.2. A necessidade de se contratar médicos especialistas e suporte de diagnóstico está diretamente ligada à garantia do direito à saúde, conforme previsto na Constituição Federal. Com o crescimento populacional e a descentralização dos serviços de saúde, é necessário aumentar o número de serviços para garantir atendimento igualitário a toda a população, especialmente em áreas remotas ou desassistidas.

3.3. Atualmente, a pactuação qual pertence o município de Belmonte não atende as necessidades locais o que leva a população a procurar atendimento em rede privada, não por preferência, mas por ausência ou insuficiência de especialidades pactuadas.

3.4. Um outro ponto relevante é de que o município de Belmonte/BA possui povoados e distritos distante da sede e dos municípios pactuados o que gera custo, seja para o paciente ou para o município, no que tange o transporte do paciente até o local de atendimento.

3.5. Dessa forma, justifica-se a contratação como medida de caráter urgente e necessária para garantir a integralidade da assistência à saúde da população belmontense, reforçando o compromisso do Município de Belmonte/BA com o bem-estar coletivo e o fortalecimento do SUS em nível local.

3.6. Portanto, os serviços descritos traduzem-se como fundamentais para garantir diagnóstico e tratamento médico aos usuários do Município de Belmonte - BA.

OBJETO:

Contratação, mediante credenciamento de **prestadores de serviços técnicos profissionais na área da saúde / serviços médicos, de forma complementar aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham habilitação para o exercício das funções nas especialidades médicas de básica, média e alta complexidade na área de consulta, diagnóstico e tratamento nas especialidades previstas no edital, para atuação nas unidades de saúde, no âmbito do município de Belmonte - BA, nos termos e nas condições estabelecidas no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais da Lei Federal nº 14.133/2021.**

DA DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SERVIÇOS

1. ESPECIALISTAS

ESPECIALIDADE	Clínico Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, excetuando-se finais de semana
CARGA HORÁRIA	12 HORAS (Mínimo de 08 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$ 1.250,00 (um mil, duzentos e cinquenta reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar assistência integral aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Clínico Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, em finais de semana
CARGA HORÁRIA	12 HORAS (Mínimo de 02 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$1.675,00 (um mil, seiscentos e setenta e cinco reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar assistência integral aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Clínico Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Serviço médico de visita clínica no leito (médico diarista)
CARGA HORÁRIA	Regime de visita diária durante a semana, independente da ocorrência de feriados.
VENCIMENTOS	R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Evoluir, monitorar e acompanhar os pacientes internados no Hospital Drº José da Costa Pinto Dantas (independentemente da quantidade e do perfil dos pacientes internados),
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Clínico Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, em qualquer dia da semana.
CARGA HORÁRIA	12 HORAS (Mínimo de 08 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$ 1.250,00 (um mil, duzentos e cinquenta reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar assistência integral aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Unidade Mista de Barrolândia.
ESPECIALIDADE	Cirurgião Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, de acordo com escala previamente divulgada, atendendo as demandas dos procedimentos eletivos (agendados) e de urgência.
CARGA HORÁRIA	12 horas (Mínimo de 02 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais)

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar procedimentos cirúrgicos seja por motivos de emergência ou por doenças que exigem cirurgia programada, de acordo com a condições ofertadas pela unidade hospitalar.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Cirurgião Geral
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatorio.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatorios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar atendimento ambulatorial na área de cirurgia realizando os devidos encaminhamentos para a rede assistencial.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Anestesiologista
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, de acordo com escala previamente divulgada, atendendo as demandas dos procedimentos eletivos (agendados) e de urgência.
CARGA HORÁRIA	12 horas (Mínimo de 02 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$ 2.000,00 (dois mil reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Verificar condições gerais dos pacientes no pré-operatório sendo responsável pelo ato anestésico-cirúrgico durante a intervenção cirúrgica e no pós-operatório
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Anestesiologista
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatorio.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatorios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 90,00 (noventa reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Verificar as condições gerais dos pacientes no pré operatório.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Ginecologista e Obstetra
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	12 HORAS, de acordo com escala previamente divulgada, atendendo as demandas dos procedimentos eletivos (agendados) e de urgência.
CARGA HORÁRIA	12 horas (Mínimo de 02 plantões mensais por profissional)
VENCIMENTOS	R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais)
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar intervenções cirúrgicas na área de ginecologia e obstetrícia, de acordo com a condições ofertadas pela unidade hospitalar.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Hospital Dr. José da Costa Pinto Dantas
ESPECIALIDADE	Ginecologista e Obstetra

COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de ginecologia e obstetrícia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Urologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 90,00 (noventa reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de urologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Nefrologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 100,00 (sem reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de nefrologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Cardiologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 100,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de cardiologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Neurologista
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 200,00 (duzentos reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de neurologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.

ESPECIALIDADE	Neuropediatra
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de neurologia pediátrica.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Dermatologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 75,00 (setenta e cinco reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de dermatologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Pediatria
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 80,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de pediatria.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Endocrinologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 80,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de endocrinologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Reumatologia.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 100,00 (sem reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de reumatologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.

ESPECIALIDADE	Alergia e imunologia.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 80,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de alergia e imunologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Angiologia e cirurgia vascular.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 120,00 (cento e vinte reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de angiologia e cirurgia vascular.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Ortopedia e traumatologia.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 70,00 (setenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de cirurgia e traumatologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Otorrinolaringologia.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de otorrinolaringologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Gastroenterologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 90,00 (noventa reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de Gastroenterologia.

LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Pneumologia.
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 80,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de pneumologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.
ESPECIALIDADE	Oftalmologia
COD. PROCEDIMENTO	301010072
REGIME	Por número de consultas sendo o máximo de 50 (cinquenta) consultas por dia de ambulatório.
CARGA HORÁRIA	Mínimo de 02 ambulatórios por mês
VENCIMENTOS	R\$ 80,00 (oitenta reais), valor individual de cada consulta.
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Realizar consultas ambulatorias na área de oftalmologia.
LOCALIDADE DE ATUAÇÃO	Sede e distritos.

2. IMAGENS

COD. PROCEDIMENTO	ULTRASSONOGRRAFIA	VALOR
205020038	US ABDOMEN INFERIOR	R\$ 70,00
205020038	US ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 70,00
205020046	US ABDOMEN TOTAL	R\$ 70,00
205020062	US ARTICULAÇÃO	R\$ 70,00
205020070	US BOLSA ESCROTAL	R\$ 70,00
205020097	US MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 70,00
205020143	US OBSTETRICO	R\$ 70,00
205020046	US PAREDE ABDOMINAL	R\$ 70,00
205020160	US PÉLVICA GINECOLOGICA	R\$ 70,00
205020100	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 70,00
205020119	US PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 70,00
205020070	US REGIÃO INGUINAL	R\$ 70,00
205020054	US RINS E VIAS URINÁRIAS	R\$ 70,00
205020127	US TIREÓIDE	R\$ 70,00
205020186	US TRANSVAGINAL	R\$ 70,00
205020178	US TRANSFONTANELA	R\$ 70,00
205020178	US OBSTETRICO MORFOLÓGICO	R\$ 172,50
COD. PROCEDIMENTO	EXAMES COM DOPPLER	VALOR
205010040	DOPPLER ARTERIAL UNILATERAL (DUPLEX SCAN)	R\$ 195,50

205010040	DOPPLER DAS CAROTIDAS E VERTEBRAIS (DUPLEX SCAN)	R\$	195,50
205010040	DOPPLER VENOSO UNILATERAL (DUPLEX SCAN)	R\$	195,50
	ADICIONAL USG COM DOPPLER	R\$	102,50
	Não possuem código SIGTAP.		

3. SADT

COD PROCEDIMENTO	SADT GASTROINTESTINAL	VALOR
209010037	ENDOSCOPIA	R\$ 300,00
209010029	COLONOSCOPIA	R\$ 600,00
2909010053	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 450,00
	PHMETRIA	R\$ 250,00
	MANOMETRIA	R\$ 250,00
	TESTE RESPIRATÓRIO	R\$ 200,00
	ADICIONAL POLIPECTOMIA	R\$ 300,00
	ADICIONAL POR SEDAÇÃO	R\$ 300,00
COD PROCEDIMENTO	SADT OTORRINOLARINGOLÓGICA	VALOR
209040041	NASOLARINGOSCOPIA	R\$ 100,00
209040041	LARINGOSCOPIA	R\$ 80,00
COD PROCEDIMENTO	SADT CARDIOLÓGICA	VALOR
205010032	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	R\$ 200,00
211020036	ELETROCARDIOGRAMA LAUDADO	R\$ 35,00
211020044	MAPA	R\$ 200,00
211020044	HOLTER	R\$ 200,00
211020060	TESTE ERGOMÉTRICO / ESFORÇO	R\$ 250,00
COD PROCEDIMENTO	SADT IMUNOLÓGICA	VALOR
	PATCH TEST	R\$ 180,00
	PRICK TEST	R\$ 180,00
	Não possuem código SIGTAP.	

4. BIÓPSIA

COD PROCEDIMENTO	BIÓPSIA GUIADA	VALOR
201010437	BIOPSIA RENAL	R\$ 330,00
201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE	R\$ 330,00
201010542	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TC OU US	R\$ 363,00
102020410	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR US	R\$ 800,00
201010585	PAFF DE MAMA COM PUNÇÃO PUNÇÃO ASPIRATÓRIA COM AGULHA FINA PAFF DE MAMA COM CITOLOGIA)	R\$ 506,00

5. RADIOLÓGIA

COD PROCEDIMENTO	TOMOGRAFIA	VALOR
206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 350,00
206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 350,00
206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 350,00
206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 350,00
206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 350,00
206010015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 350,00
206010029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 350,00
206010023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTO APENDICULARES (BRAÇO/ ANTEBRAÇO / MÃO/ COXA/ PERNA/ PÉ)	R\$ 350,00
206010031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 370,00
206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 350,00
206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA/ ABDOME INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 370,00
206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DE SELA TÚRCICA	R\$ 350,00
206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 350,00
206030010	ANGIOTOMOGRAFIA DO ABDOME	R\$ 740,00
206030037	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 740,00
206020031	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	R\$ 740,00
206020032	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 740,00
206010010	ANGIOTOMOGRAFIA CERVICAL (VENOSA OU ARTERIAL)	R\$ 740,00
206010087	TOMOMIELOGRAFIA ATE 3 SEGMENTOS	R\$ 740,00
	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS RENAI	R\$ 740,00
	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 740,00
	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONARIA	R\$ 1.002,00
	ADICIONAL POR TOMOGRAFIA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
COD PROCEDIMENTO	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 376,24
207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 376,24
207010044	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 376,24
207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 376,24
207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 376,24
207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 376,24
207010027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 376,24
207010035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 376,24

207010014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 376,24
207010022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 376,24
207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 376,24
207010049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 742,48
207010013	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 576,24
207020019	CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL	R\$ 1.002,50
207020019	CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSAO	R\$ 1.002,50
207020019	CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERF + VIA	R\$ 1.002,50
	ADICIONAL POR RESSONÂNCIA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
	ADICIONAL POR RESSONÂNCIA CONTRASTADA	R\$ 200,00
COD PROCEDIMENTO	CINTILOGRAFIA	VALOR
208030026	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (TECNECIO-99M TC)	R\$ 500,00
208070044	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	R\$ 500,00
208070036	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)	R\$ 500,00
208080040	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 550,00
208040056	CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA - DMSA)	R\$ 550,00
208020039	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES	R\$ 550,00
208040012	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA (DTPA)	R\$ 550,00
208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES OU EXTREMIDADES	R\$ 550,00
208090037	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 600,00
208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/OU S/FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 680,00
208030018	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	R\$ 900,00
208010033	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO	R\$ 1.200,00
208010025	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FISICO	R\$ 1.200,00
	Não possuem código SIGTAP.	

6. LABORATÓRIO

BIOQUÍMICA BÁSICA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202010015	CLEARANCE OSMOLAR	3,51
202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01
202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63
202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68
202010082	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51
202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51
202010104	DOSAGEM DE ACETONA	1,85
202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85
202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68
202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68

202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68
202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
202010180	DOSAGEM DE AMILASE	2,25
202010198	DOSAGEM DE AMONIA	3,51
202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01
202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1,85
202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51
202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	2,01
202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68
202010260	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68
202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51
202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51
202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68
202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68
202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01
202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85
202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01
202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68
202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51
202010538	DOSAGEM DE LACTATO	3,68
202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51
202010554	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01
202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01
202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68
202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85
202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,4
202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85
202010635	DOSAGEM DE SODIO	1,85

202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
202010694	DOSAGEM DE UREIA	1,85
202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68
202010740	PROVA DA D-XILOSE	
BIOQUÍMICA INTERMEDIÁRIA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202010058	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55
202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12
202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42
202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55
BIOQUÍMICA AVANÇADA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10
202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9
202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
202010406	DOSAGEM DE FOLATO	15,65
202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	15,65
HEMATOLOGIA BÁSICA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73
202020045	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73
202020053	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2,73
202020061	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73
202020088	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73
202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2,73
202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73
202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73
202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
202020371	HEMATOCRITO	1,53
202020398	LEUCOGRAMA	2,73
202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73
202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73

202020509	PROVA DO LACO	2,73
202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73
202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73
HEMATOLOGIA INTERMEDIÁRIA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA X	6,48
202020118	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79
202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11
HEMOSTASIA BÁSICA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73
202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2,73
202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	
HEMOSTASIA INTERMEDIÁRIA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11
202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48
202020185	DOSAGEM DE FATOR II	5,31
202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61
202020207	DOSAGEM DE FATOR V	4,73
202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09
202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63
202020258	DOSAGEM DE FATOR X	6,66
202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66
202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,6
202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11
202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11
IMUNOLOGIA BÁSICA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83
202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83
202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83

202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,1
202031055	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77
202031063	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77
202031144	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77
202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	2,83
IMUNOLOGIA INTERMEDIÁRIA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25
202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
EXAMES COLPROLÓGICOS		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202040011	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04
202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04
202040046	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65
202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65
202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1,65
202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
COPROLOGIA BÁSICA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65
202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12
EXAMES DE UROANÁLISE		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202050025	CLEARANCE DE CREATININA	3,51
202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
202050041	CLEARANCE DE UREIA	3,51
202050050	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,7
202050076	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	3,7

202050084	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
202050106	DOSAGEM DE OXALATO	3,04
202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,7
202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) 3,70	3,7
202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,7
202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04
202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,4
202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,7
202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
202050246	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36
202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,7
202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04
202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
202050327	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,7
EXAMES HORMONAIS		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA x	R\$ 11,89
202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25

202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
202060314	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
202060420	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
202060462	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
IMUNOHEMATOLÓGICO BÁSICO		
COD PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37

7. ANATOMIA PATOLÓGICA

COD PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO EM ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLOGIA	
203010019	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 25,00
203010027	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 70,00
203010035	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	R\$ 125,00
203010043	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 125,00
203010078	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	R\$ 50,00
203010086	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO	R\$ 25,00
203020014	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 70,00
203020022	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	R\$ 250,00
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 85,00

203020049	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 175,00
203020065	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 100,00
203020073	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	R\$ 500,00
203020081	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	R\$ 100,00

2. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E METODOLOGIA DOS SERVIÇOS.

2.1 Os serviços prestados contratados realizar o atendimento no município, prioritariamente, conforme o cronograma realizado pelo Município.

2.2 A empresa licitante deverá possuir local adequado (estrutura predial) e todos os equipamentos e pessoal habilitado, necessários para realização dos exames laboratoriais e radiológicos.

2.3 Todos os participantes deverão ter inscrição no CNES.

2.4 Não poderá haver qualquer distinção entre a qualidade de produção para o SUS, dos demais produtos confeccionados pelo prestador.

3 DEFINIÇÕES

3.1 Para fins desta instrução são consideradas as seguintes definições:

3.1.1 **Especialidades médicas** - áreas específicas da Medicina em que o médico se aprofunda depois da formação básica (graduação em Medicina). Cada especialidade foca em um tipo de paciente, sistema do corpo, técnica, ou tipo de doença.

3.1.2 **Exames de imagem** - são métodos utilizados na Medicina para visualizar o interior do corpo humano, sem necessidade de cirurgia, ajudando no diagnóstico, acompanhamento e tratamento de doenças. Eles permitem ver estruturas como ossos, órgãos, vasos sanguíneos e tecidos de forma segura e não invasiva.

3.1.3 **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** - todos os exames, procedimentos e serviços que não são consultas médicas, mas que ajudam a diagnosticar, acompanhar ou tratar doenças. Eles servem de apoio para que o médico possa fazer o diagnóstico correto ou indicar o melhor tratamento.

3.1.4 **Biópsia** - procedimento médico em que se retira uma pequena amostra de tecido (ou células) do corpo para ser analisada em laboratório. O objetivo da biópsia é diagnosticar doenças, especialmente para confirmar ou descartar câncer, infecções ou inflamações.

3.1.5 **Exames radiológicos** - são exames de imagem que utilizam radiação ionizante (raios-X) para visualizar estruturas internas do corpo humano. Eles ajudam no diagnóstico de diversas condições de saúde, como fraturas, doenças pulmonares, problemas cardíacos, entre outros.

3.1.6 **Exames laboratoriais** - são testes realizados em amostras biológicas, como sangue, urina, fezes, saliva ou outros fluidos corporais, com o objetivo de avaliar a saúde do paciente, diagnosticar doenças, acompanhar tratamentos e monitorar condições de saúde. Esses exames fornecem informações essenciais para que o médico possa fazer diagnósticos precisos.

3.1.7 **Anatomia patológica** - são exames laboratoriais especializados que visam analisar alterações celulares e teciduais do corpo humano para diagnosticar doenças, especialmente as de origem neoplásica (como câncer) e inflamatória. Esses



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

EDITAL CHAMADA PÚBLICA N. 001/2026

1ª retificação do edital

O MUNICÍPIO DE MARAVILHA, Estado de Santa Catarina, através da Ordenadora de Despesas, Senhora Secretária de Saúde e Saneamento, **JANE MAIRA JORIS**, da Comissão Municipal de Licitações, torna público para conhecimento dos interessados que realizará **CHAMADA PÚBLICA** para Credenciamento de empresas prestadoras de serviços na área da saúde, visando à futura e eventual contratação para a realização de consultas médicas, exames diversos e de diagnóstico, observando as condições e especificações constantes no presente edital e seus anexos.

O presente edital está regido pela Lei Federal n. 14.133, de 1º de abril de 2021, Lei Complementar Federal n. 123, de 14 de dezembro de 2006 e Decreto Municipal n. 1.058, de 15 de dezembro de 2023.

1. DO OBJETO

1.1. A presente chamada pública tem por objeto o credenciamento de empresas prestadoras de serviços na área da saúde, visando à futura e eventual contratação para a realização de consultas médicas, exames diversos e de diagnóstico, conforme relação de procedimentos abaixo consignados:

CONSULTAS/ SESSÕES ESPECIALIZADAS 03.01.01.007-2				
Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor Total R\$
01	Consulta de fisioterapia/ sessão de fisioterapia	5.000	40,30	201.500,00
02	fisioterapia pélvica com biofeedback	500 600	110,00	55.000,00 66.000,00
03	Consulta em fonoterapia	1.000	40,00	40.000,00
04	Sessão em fonoterapia	5.000 8.000	60,00	300.000,00 480.000,00
05	Sessão de hidroterapia	1.900	90,00	171.000,00
06	Sessão de Psicopedagogia	1.000 1.500	40,30	40.300,00 60.450,00
07	Sessão de fisioterapia Bobath	200 400	130,34	26.068,00
EXAMES				
08	Cauterização	100	400,00	40.000,00
09	Exérese De Tumor De Pele E Anexos/Cistos Sebacio E Lipoma.	400 1.500	180,00	72.000,00 270.000,00
10	Ultrassonografia de Abdômen Total	500 800	110,00	55.000,00 88.000,00



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

11	Ultrassonografia de abdômen Superior	300 400	90,00	27.000,00 36.000,00
12	Ultrassonografia abdômen Inferior	200 400	90,00	18.000,00 36.000,00
13	Ultrassonografia Parede Abdominal	150	90,00	13.500,00
14	Ultrassonografia de aparelho urinário	400 600	90,00	36.000,00 54.000,00
15	Ultrassonografia de bolsa escrotal	150	90,00	13.500,00
16	Ultrassonografia transfontanela	100	110,00	11.000,00
17	Ultrassonografia de articulação	500 1.000	90,00	45.000,00 90.000,00
18	Ultrassonografia de Próstata/ via abdominal	150 250	90,00	13.500,00 22.500,00
19	Ultrassonografia de Próstata por Via transretal	400 200	110,00	44.000,00 22.000,00
20	Ultrassonografia de Tireoide	250	90,00	22.500,00
21	Ultrassonografia de Partes Moles	100	95,31	9.531,00
22	Ultrassonografia com doppler	150 300	180,00	27.000,00 54.000,00
23	Ultrason obstétrica com dopler	200 300	180,00	36.000,00 54.000,00
24	Ecodoppler Unilateral	250 600	180,00	45.000,00 108.000,00
25	Doppler Colorido De Vasos Cervicais Arteriais Bilateral- Carotidas Vertebral	250	180,00	45.000,00
26	Ressonância Magnética	2.500	300,00	750.000,00
27	Tomografia Computadorizada	2.500	160,00	400.000,00
28	Angiotomografia	100	420,00	42.000,00
29	Densitometria Ossea	300	110,00	33.000,00
30	Mamografia Rastreamento	1.200	70,00	84.000,00
31	Raio X	1.500 2.500	35,00	52.500,00 87.500,00
32	Raio X panorâmica de Membros	80	100,00	8.000,00



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

33	Raio x panorâmico	250	50,00	12.500,00
34	Espirometria	250	130,00	32.500,00
35	Vídeo Nasofaringoscopia	400 250	118,73	11.873,00 29.682,50
36	Laringoscopia	400 250	118,73	11.873,00 29.682,50
37	Videolaringoscopia	400 250	118,73	11.873,00 29.682,50
38	Colonoscopia	400	700,00	280.000,00
39	Esofagogastroduodenoscopia	400	414,00	165.600,00
40	Mucosectomia	200	800,00	160.000,00
41	Ecocardiograma	600 800	240,00	144.000,00 192.000,00
42	Teste Ergométrico	200 400	175,61	35.122,00 70.244,00
43	Holter 24 horas	250 500	170,81	42.702,50 85.405,00
44	Mapa	90 200	161,47	14.532,30 32.294,00
EXAMES LABORATORIAIS (EXAMES E VALORES CONFORME ANEXO V)				
45	Exame de análises clínicas e exames laboratoriais de anatomia patológica e citologia - Procedimentos do Grupo n. 02, subgrupo 02.03, da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, do Ministério da Saúde, conforme valores insertos na referida tabela	1,00	420.000,00 120.000,00 (mensal)	420.000,00 1.440.000,00
46	Exames Laboratoriais de Alto Custo não credenciados pelo Sus para atendimento aos pacientes Oncológicos, Renais e Transplantados.	1,00	60.000,00 10.000,00	60.000,00 120.000,00
47	Exames laboratoriais Periódicos, Demissional e Admissional.	1,00	12.000,00 2.000	12.000,00 24.000,00
EXAMES CITOPATOLÓGICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS				
48	Anatomopatológico De Mama (Biopsia)	200 300	45,83	9.166,00 13.749,00
49	Anatomopatológico De Mama (Peça Cirúrgica)	200	61,77	12.354,00



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

50	Anatomopatológico Do Colo Uterino (Biópsia)	300	40,78	12.234,00
51	Anatomopatológico Do Colo Uterino (Peça Cirúrgica)	300	67,00	20.100,00
52	Anatomopatológico Para Congelamento/Parafina Por Peça Cirúrgica Ou Biópsia (Exceto Colo Uterino Ou Mama)	3.000	50,00	150.000,00
53	Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora	300	15,00	4.500,00
54	Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora (Rastreamento)	3.000	14,37	43.110,00
55	Citopatológico De Mama	100	35,34	3.534,00
CONTRASTE PARA EXAMES				
56	Contraste para Ressonância	1.000	150,00	150.000,00
57	Contraste para Tomografia	1.000	150,00	150.000,00
SERVIÇOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA				
58	Consulta Medica em Ginecologia/Obstétrica 03.01.01.007-2	3.200	200,00	640.000,00
59	Ultrassonografia Transvaginal	1.000	90,00	90.000,00
60	Ultrassonografia de Mama	600	90,00	54.000,00
61	Ultrassonografia Morfológica primeiro trimestre	750	240,00	180.000,00
62	Ultrassonografia Morfológica Segundo trimestre	750	320,00	240.000,00
63	Ultrassonografia Ecocardiograma-Fetal	450	280,00	126.000,00
64	Ultrassonografia Obstétrica	1.000	110,00	110.000,00
65	Colposcopia + Biópsia de Colo uterino	100	250,00	25.000,00



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

CONSULTAS ESPECIALIZADAS 03.01.01.007-2

66	Consulta em Endocrinologista	500	200,00	100.000,00
67	Consulta em Dermatologista	1.000	200,00	200.000,00
68	Consulta em Proctologista	600	200,00	120.000,00
69	Consulta em Psiquiatria Infantil	150	480,00	72.000,00
70	Consulta em cardiologia	800	200,00	100.000,00
71	Sessão de equoterapia	1.300	200,00	260.000,00
72	Sessão de Neuropsicologia	200	180,00	36.000,00
73	Sessão de terapia ocupacional	1.200	160,00	192.000,00
74	Avaliação de neuropsicologia	150	250,00	37.500,00
75	Consulta em Pediatria Código sus 03.01.01.007-2	1.800	200,00	360.000,00

EXAMES

76	Eletrocoagulação De Lesão Cutânea (Até Cinco Lesão)	600	200,00	120.000,00
77	Criocirurgia/Crioterapia De Pele E Partes Moles	400	200,00	80.000,00
78	Biopsia De Pele E Partes Moles (Pele. Tecido Celular Ou Gânglios Subcutâneos Parede Abdominal)	600	200,00	120.000,00
79	Biopsia De Tireoide Ou Paratireoide PAAF	100	400,00	40.000,00
80	Angioressonância	50	420,00	21.000,00
81	Urotomografia Com Contraste	150	500,00	75.000,00
82	Urotomografia Sem Contraste	200	450,00	90.000,00
83	Eletroencefalograma em Sono Induzido	200	450,00	90.000,00
84	P300- Potencial Evocado Cognitivo	300	300,00	90.000,00



MUNICÍPIO DE MARAVILHA/SC CIDADE DAS CRIANÇAS

85	eletroencefalografia	100	464,80	46.480,00
86	Gasometria	150	75,00	11.250,00
87	Polipectomia	200	320,00	64.000,00
EXAME LABORATORIAL DOMICILIAR				
88	Exame de análises clínicas e exames laboratoriais de anatomia patológica e citologia - Procedimentos do Grupo n. 02, subgrupo 02.03, da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, do Ministério da Saúde por 12 meses, conforme valores insertos na referida tabela, para pacientes acamados que apresentam limitações funcionais graves, muitas vezes associadas a doenças crônicas, neurológicas, ortopédicas ou em cuidados paliativos.	1,00	6.000,00 (mensal)	72.000,00

Subcláusula Primeira. As Quantidades acima são meramente estimativas, visto que a demanda é variável, não ficando a Secretaria de Saúde obrigada a contratar a sua integralidade.

Subcláusula Segunda. A realização de exames laboratoriais deverá ocorrer em horário de expediente do estabelecimento, devendo o laboratório credenciado dispor do prazo máximo de 5 (cinco) dias para o agendamento do exame, contados a partir do encaminhamento realizado pela Contratante.

Subcláusula terceira. Os atendimentos de consultas poderão ocorrer no Centro Especializado em Saúde do Município de Maravilha/SC ou, alternativamente, na própria clínica do prestador credenciado, desde que esta possua estrutura física, equipamentos e condições adequadas para a prestação dos serviços.

Subcláusula Quarta. A escolha do local de realização dos atendimentos observará critérios de conveniência administrativa, eficiência na prestação do serviço e melhor atendimento aos usuários do sistema municipal de saúde.

2. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

2.1. Até 03 (três) dias úteis após a data da publicação do presente edital, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o presente ato convocatório, apontando de forma clara e objetiva as falhas e/ou irregularidades que entende viciarem o respectivo instrumento.

2.1.1. Será admitida a impugnação do edital mediante:

- a) documento enviado ao endereço eletrônico, através do e-mail: compras@maravilha.sc.gov.br, com a devida confirmação de recebimento; ou
- b) instrumento escrito protocolizado em horário de expediente junto ao Setor de



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

ART. 79, INCISO I DA LEI FEDERAL N.º 14.133/2021

DECRETO MUNICIPAL Nº. 1899/2025

1. PREÂMBULO

- 1.1.** O MUNICÍPIO DE PONTÃO/RS, TORNA PÚBLICO, PARA CONHECIMENTO DOS INTERESSADOS, QUE A PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO REALIZARÁ LICITAÇÃO NA MODALIDADE **CREDENCIAMENTO** NA FORMA **ELETRÔNICA**, NOS TERMOS DA LEI Nº 14.133/2021, E DECRETO EXECUTIVO Nº 1899/2025, E DAS EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE EDITAL.

2. DO OBJETO

- 2.1.** Constitui objeto deste Edital de chamamento público, o Credenciamento de clínicas, para realização de exames de diagnósticos por imagem, visando atender as necessidades da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Pontão/RS, conforme a necessidade, no período de vigência do credenciamento.

PRAZO DO CREDENCIAMENTO: 08/04/2025 à 08/04/2026

LOCAL DO CREDENCIAMENTO:

www.portaldecompraspublicas.com.br

- 2.2.** Segue abaixo, planilha contendo maior detalhamento dos serviços a serem adquiridos.

Item	Especificação	Qtd	Un. Med.	Preço Unitário	Preço Total
1.	ANGIOGRAFIA POR RM (POR SEGMENTO)	01	UNID	R\$ 705,00	R\$ 705,00
2.	ANGIO-RM (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABDOME SUPERIOR OU O – CÓDIGO PARA LANÇAR ANGIO AB TOTAL – CÓDIGO PARA ANGI AB TOTAL)	01	UNID	R\$ 692,50	R\$ 692,50
3.	ARTRO-RM	01	UNID	R\$ 745,00	R\$ 745,00
4.	COLANGIORESSONÂNCIA	01	UNID	R\$ 610,00	R\$ 610,00
5.	RM ABDOMEN TOTAL	20	UNID	R\$ 1.015,00	R\$ 20.300,00
6.	RM ABDOMEN ENTERORESSONANCIA TOTAL	01	UNID	R\$ 1.025,00	R\$ 1.025,00
7.	RM ABDOMEN SUPERIOR	20	UNID	R\$ 510,00	R\$ 10.200,00
8.	RM ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE PRIMOVIST	05	UNID	R\$ 965,00	R\$ 4.825,00
9.	RM ATM (BILATERAL)	05	UNID	R\$ 510,00	R\$ 2.550,00
10.	RM BACIA OU PELVIS	20	UNID	R\$ 510,00	R\$ 10.200,00
11.	RM BOLSA ESCROTAL	10	UNID	R\$ 522,50	R\$ 5.225,00
12.	RM CORAÇÃO	05	UNID	R\$ 1.025,00	R\$ 5.125,00
13.	RM CORAÇÃO + ESTRESSE	02	UNID	R\$ 1.150,00	R\$ 2.300,00
14.	RM COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL)	20	UNID	R\$ 510,00	R\$ 10.200,00
15.	RM COXA UNILATERAL	10	UNID	R\$ 510,00	R\$ 5.100,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

16.	RM COXO-FEMORAL (BILATERAL)	10	UNID	R\$ 510,00	R\$ 5.100,00
17.	RM CRÂNIO	20	UNID	R\$ 510,00	R\$ 10.200,00
18.	RM DA COLUNA CERVICAL	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
19.	RM DA COLUNA LOMBO-SACRA	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
20.	RM DA COLUNA TORÁCICA	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
21.	RM DE CORPO TOTAL PARA SÍNDROME DE LI-FRAUMENI	01	UNID	R\$ 1.563,75	R\$ 1.563,75
22.	RM DE CRÂNIO COM VOLUMETRIA	05	UNID	R\$ 840,00	R\$ 4.200,00
23.	RM ESPECTROSCOPIA	02	UNID	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
24.	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	10	UNID	R\$ 510,00	R\$ 5.100,00
25.	RM FETAL	20	UNID	R\$ 880,00	R\$ 17.600,00
26.	RM FLUXO LIQUÓRICO - COMO COMPLEMENTAR	05	UNID	R\$ 212,50	R\$ 1.062,50
27.	RM JOELHO (UNILATERAL)	50	UNID	R\$ 510,00	R\$ 25.500,00
28.	RM MAMA (UNILATERAL)	10	UNID	R\$ 575,00	R\$ 5.750,00
29.	RM MAMA BILATERAL	10	UNID	R\$ 575,00	R\$ 5.750,00
30.	RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
31.	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÕES)	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
32.	RM OMBRO (UNILATERAL)	50	UNID	R\$ 510,00	R\$ 25.500,00
33.	RM ÓRBITA BILATERAL	05	UNID	R\$ 510,00	R\$ 2.550,00
34.	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	03	UNID	R\$ 510,00	R\$ 1.530,00
35.	RM PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
36.	RM PELVE	40	UNID	R\$ 510,00	R\$ 20.400,00
37.	RM PENIS	05	UNID	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00
38.	RM PERNA	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
39.	RM PESCOÇO	10	UNID	R\$ 510,00	R\$ 5.100,00
40.	RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 510,00	R\$ 1.020,00
41.	RM SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 510,00	R\$ 1.020,00
42.	RM SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	02	UNID	R\$ 510,00	R\$ 1.020,00
43.	RM TÓRAX	30	UNID	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
44.	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	50	UNID	R\$ 510,00	R\$ 25.500,00
45.	RM - TRACTOGRAFIA	02	UNID	R\$ 245,00	R\$ 490,00
46.	RM URORESSONÂNCIA	02	UNID	R\$ 860,00	R\$ 1.720,00
47.	PERFUSÃO CEREBRAL	02	UNID	R\$ 510,00	R\$ 1.020,00
48.	ANGIOTOMOGRAFIA - ARTERIAL OU VENOSA (POR SEGMENTO)	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
49.	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	10	UNID	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
50.	ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABDOME SUPERIOR - CÓDIGO PARA COBRAR ANGIO TC AB TOTAL)	02	UNID	R\$ 790,00	R\$ 1.580,00
51.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
52.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
53.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
54.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	10	UNID	R\$ 665,00	R\$ 6.650,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO
Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro
Pontão/RS, CEP: 99.190-000
Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

55.	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
56.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	05	UNID	R\$ 665,00	R\$ 3.325,00
57.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
58.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
59.	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
60.	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
61.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
62.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
63.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
64.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
65.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE Pelve	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
66.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
67.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
68.	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	02	UNID	R\$ 665,00	R\$ 1.330,00
69.	ESCANOMETRIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	02	UNID	R\$ 132,50	R\$ 265,00
70.	ESCANOMETRIA DIGITAL	02	UNID	R\$ 160,00	R\$ 320,00
71.	HISTEROSSALPINGOGRAFIA POR TOMOGRAFIA	02	UNID	R\$ 710,00	R\$ 1.420,00
72.	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	02	UNID	R\$ 120,00	R\$ 240,00
73.	TC ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO)	100	UNID	R\$ 510,00	R\$ 51.000,00
74.	TC ABDOMEN SUPERIOR	100	UNID	R\$ 365,00	R\$ 36.500,00
75.	TC ARTICULAÇÕES	100	UNID	R\$ 330,00	R\$ 33.000,00
76.	TC ARTICULAÇÕES (EXTERNO-CLAVICULAR)	50	UNID	R\$ 340,00	R\$ 17.000,00
77.	TC ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	50	UNID	R\$ 340,00	R\$ 17.000,00
78.	TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	100	UNID	R\$ 297,50	R\$ 29.750,00
79.	TC COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	50	UNID	R\$ 297,50	R\$ 14.875,00
80.	TC CORAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DO ESCORE DE CÁLCIO CORONARIANO	20	UNID	R\$ 375,00	R\$ 7.500,00
81.	TC CRÂNIO OU ÓRBITAS OU SELA TÚRICA	30	UNID	R\$ 297,50	R\$ 8.925,00
82.	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTIC	20	UNID	R\$ 317,50	R\$ 6.350,00
83.	TC MASTÓIDES OU OUVIDOS	10	UNID	R\$ 330,00	R\$ 3.300,00
84.	TC PELVE OU BACIA	50	UNID	R\$ 330,00	R\$ 16.500,00
85.	TC PESCOÇO (PARTES MOLES-LARINGE)	20	UNID	R\$ 330,00	R\$ 6.600,00
86.	TC SEGMENTOS APENDICULARES	10	UNID	R\$ 330,00	R\$ 3.300,00
87.	TC TÓRAX	100	UNID	R\$ 322,50	R\$ 32.250,00
88.	TC CORONÁRIAS	50	UNID	R\$ 950,00	R\$ 47.500,00
89.	TC DE VIAS URINÁRIAS (URO TOMOGRAFIA)	20	UNID	R\$ 510,00	R\$ 10.200,00
90.	TOMOMIELOGRAFIA ATÉ TRÊS SEGMENTOS	02	UNID	R\$ 395,00	R\$ 790,00
91.	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	02	UNID	R\$ 710,00	R\$ 1.420,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

92.	HISTEROSALPINGOGRAFIA GUIADA POR TC	02	UNID	R\$ 710,00	R\$ 1.420,00
93.	DACRIOCISTITE GUIADA POR TC	02	UNID	R\$ 265,00	R\$ 530,00
94.	TC CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA	02	UNID	R\$ 397,50	R\$ 795,00
95.	TC MANDÍBULA	05	UNID	R\$ 302,50	R\$ 1.512,50
96.	TC MAXILAR	05	UNID	R\$ 302,50	R\$ 1.512,50
97.	UROTOMOGRAFIA	10	UNID	R\$ 510,00	R\$ 5.100,00
98.	ECOCARDIOGRAFIA UNI-BIDIMENSIONAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO À CORES	20	UNID	R\$ 230,00	R\$ 4.600,00
99.	ECOCARDIOGRAMA FETAL	100	UNID	R\$ 288,33	R\$ 28.833,00
100.	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO	80	UNID	R\$ 530,00	R\$ 42.400,00
101.	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO	50	UNID	R\$ 270,00	R\$ 13.500,00
102.	ELETRCARDIOGRAMA - ECG	120	UNID	R\$ 48,33	R\$ 5.799,60
103.	HOLTER	100	UNID	R\$ 166,67	R\$ 16.667,00
104.	MAPA	100	UNID	R\$ 166,67	R\$ 16.667,00
105.	TESTE ERGOMÉTRICO - EM BICICLETA OU ESTEIRA	100	UNID	R\$ 176,67	R\$ 17.667,00
106.	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	20	UNID	R\$ 410,00	R\$ 8.200,00
107.	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	20	UNID	R\$ 410,00	R\$ 8.200,00
108.	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	20	UNID	R\$ 583,33	R\$ 8.200,00
109.	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	05	UNID	R\$ 590,00	R\$ 2.950,00
110.	PUNÇÃO/BIOPSIA TIREOIDE/MAMAS/PARTES MOLES	02	UNID	R\$ 475,00	R\$ 950,00
111.	PUNÇÃO/BIOPSIA DE PRÓSTATA	02	UNID	R\$ 652,50	R\$ 1.305,00
112.	DENSITOMETRIA ÓSSEA	10	UNID	R\$ 105,00	R\$ 1.050,00
113.	DENSITOMETRIA ÓSSEA - 3 SEGMENTOS	10	UNID	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
114.	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO INTEIRO	05	UNID	R\$ 315,00	R\$ 1.575,00
115.	DENSITOMETRIA ÓSSEA (COLUNA LOMBAR + FÊMUR OU 2 SEGMENTOS)	05	UNID	R\$ 140,00	R\$ 700,00
116.	MAMOGRAFIA DIGITAL	10	UNID	R\$ 135,00	R\$ 1.350,00
117.	ECODOPPLER VERTEBRAL OU VASCULAR PERIFÉRICO	30	UNID	R\$ 205,00	R\$ 6.150,00
118.	ECODOPPLER DE CAROTIDAS COM MAPEAMENTO DE FLUXO A CORES	30	UNID	R\$ 270,00	R\$ 8.100,00
119.	US ABDOME SUPERIOR (FÍGADO-VIAS BILIARES-VESÍCULA- PÂNCREAS-BAÇO)	20	UNID	R\$ 105,00	R\$ 2.100,00
120.	US ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR-RINS- RETROPERITONIO E BEXIGA)	50	UNID	R\$ 135,00	R\$ 6.750,00
121.	US ABDOME TOTAL COM DOPPLER	50	UNID	R\$ 240,00	R\$ 12.000,00
122.	US ABDOME TOTAL PARA REFLUXO EM CRIANÇAS	10	UNID	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
123.	US ABDOME INFERIOR MASCULINO	10	UNID	R\$ 101,25	R\$ 1.012,50
124.	US ABDOME INFERIOR FEMININO (PÉLVICO)	20	UNID	R\$ 97,50	R\$ 1.950,00
125.	US APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	30	UNID	R\$ 102,50	R\$ 3.075,00
126.	US APARELHO URINÁRIO COM DOPPLER COLORIDO	50	UNID	R\$ 240,00	R\$ 12.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

127.	US ARTICULAÇÕES (OMBRO, COTOVELO, TORNOZELO, PUNHO, MÃO, PÉ, BRAÇO, ANTEBRAÇO, QUADRIL, COXA, JOELHO)	100	UNID	R\$ 101,67	R\$ 10.167,00
128.	US ARTICULAÇÕES COM DOPPLER (OMBRO, COTOVELO, TORNOZELO, PUNHO, MÃO, PÉ, BRAÇO, ANTEBRAÇO, QUADRIL, COXA, JOELHO)	50	UNID	R\$ 250,00	R\$ 12.500,00
129.	US BOLSA ESCROTAL	30	UNID	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
130.	US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	30	UNID	R\$ 262,50	R\$ 7.875,00
131.	US CRANIANA	10	UNID	R\$ 110,00	R\$ 1.100,00
132.	US CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	30	UNID	R\$ 236,67	R\$ 7.100,10
133.	US DINÂMICO DAS VIAS URINÁRIAS	10	UNID	R\$ 440,00	R\$ 4.400,00
134.	US DERMATOLÓGICO - PELE E SUBCUTÂNEO	05	UNID	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00
135.	US DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	30	UNID	R\$ 282,50	R\$ 8.475,00
136.	US DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	30	UNID	R\$ 282,50	R\$ 8.475,00
137.	US DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	10	UNID	R\$ 266,67	R\$ 2.666,70
138.	US DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	10	UNID	R\$ 270,00	R\$ 2.700,00
139.	US DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR	05	UNID	R\$ 270,00	R\$ 1.350,00
140.	US DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	30	UNID	R\$ 282,50	R\$ 8.475,00
141.	US DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	30	UNID	R\$ 282,50	R\$ 8.475,00
142.	US DOPPLER COLORIDO - ÓRGÃOS E ESTRUTURAS	10	UNID	R\$ 242,50	R\$ 2.425,00
143.	US DOPPLER COLORIDO VASOS CERV. VENOSOS (SUBCLÁVIA E JUGULAR)	05	UNID	R\$ 266,67	R\$ 1.333,35
144.	US DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	15	UNID	R\$ 266,67	R\$ 4.000,05
145.	US DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	10	UNID	R\$ 205,00	R\$ 2.050,00
146.	US ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	05	UNID	R\$ 103,33	R\$ 516,65
147.	US ESTUDO DE 3 OU MAIS VASOS COM DOPPLER CONVENCIONAL	05	UNID	R\$ 236,67	R\$ 1.183,35
148.	US HIPOCÔNDRIO DIREITO (FÍGADO-VESÍCULA-VIAS BILIARES-PÂNCREAS)	05	UNID	R\$ 103,33	R\$ 516,65
149.	US MAMAS	80	UNID	R\$ 105,00	R\$ 8.400,00
150.	US MORFOLÓGICO	150	UNID	R\$ 401,67	R\$ 60.250,50
151.	US OBSTÉTRICA	150	UNID	R\$ 121,67	R\$ 18.250,50
152.	US OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	100	UNID	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
153.	US OBSTÉTRICA COM AMNIOCENTESE	20	UNID	R\$ 625,00	R\$ 12.500,00
154.	US OBSTÉTRICA COM DOPPLER	150	UNID	R\$ 276,67	R\$ 41.500,50
155.	US OBSTÉTRICA COM PBF	20	UNID	R\$ 290,00	R\$ 5.800,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

156.	US OBSTÉTRICA 3D/4D	20	UNID	R\$ 360,00	R\$ 7.200,00
157.	US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	20	UNID	R\$ 258,33	R\$ 5.166,60
158.	US OBSTÉTRICA PERFIL BIOFÍSICO FETAL	20	UNID	R\$ 280,00	R\$ 5.600,00
159.	US DOPPLER ARTÉRIAS UTERINAS	10	UNID	R\$ 276,67	R\$ 2.766,70
160.	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS COM DOPPLER	10	UNID	R\$ 250,00	R\$ 2.500,00
161.	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS- TIREÓIDE-CERVICAL-SAL)	10	UNID	R\$ 106,67	R\$ 1.066,70
162.	US PAREDE ABDOMINAL	15	UNID	R\$ 115,00	R\$ 1.725,00
163.	US PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	20	UNID	R\$ 112,50	R\$ 2.250,00
164.	US PÉLVICA (TRANSVAGINAL)	20	UNID	R\$ 117,50	R\$ 2.350,00
165.	US TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE ENDOMETRIOSE	10	UNID	R\$ 281,40	R\$ 2.814,00
166.	US PRÓSTATA - VIA ABDOMINAL	30	UNID	R\$ 108,75	R\$ 3.262,50
167.	US PRÓSTATA - VIA TRANSRETAL	15	UNID	R\$ 145,00	R\$ 2.175,00
168.	US RETROPERITÔNIO, GRANDES VASOS E SUPRA RENAI	02	UNID	R\$ 110,00	R\$ 220,00
169.	US REGIÃO CERVICAL	10	UNID	R\$ 116,25	R\$ 1.162,50
170.	US REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	10	UNID	R\$ 232,50	R\$ 2.325,00
171.	US REGIÃO INGUINAL	20	UNID	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
172.	US TRANSFONTANELAR	05	UNID	R\$ 130,00	R\$ 650,00
173.	US TRANSVAGINAL COM DOPPLER	50	UNID	R\$ 255,00	R\$ 12.750,00
174.	US TRANSVAGINAL PARA/ CONTROLE OVULACAO (3 + EXAMES)(INCLUI ABD)	02	UNID	R\$ 236,67	R\$ 473,34
175.	US TIREÓIDE	30	UNID	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
176.	US TIREÓIDE COM DOPPLER	50	UNID	R\$ 232,50	R\$ 11.625,00
177.	US TORACICO EXTRACARDIACO	20	UNID	R\$ 105,00	R\$ 2.100,00
178.	US TRIDIMENSIONAL - ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	05	UNID	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00
179.	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRA SÔNICA	02	UNID	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
180.	ALCOOLIZAÇÃO	02	UNID	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
181.	RX COXA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
182.	RX DA BACIA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
183.	RX DE ABDOMEN - A.P. - LAT. OU LOCALIZADA	15	UNID	R\$ 90,00	R\$ 1.350,00
184.	RX DE ABDOMEN AGUDO	15	UNID	R\$ 90,00	R\$ 1.350,00
185.	RX DE ABDOMEN SIMPLES - A.P.	15	UNID	R\$ 32,65	R\$ 489,75
186.	RX DE ADENOIDES: LATERAL	15	UNID	R\$ 32,65	R\$ 489,75
187.	RX DE ANTEBRAÇO	15	UNID	R\$ 32,65	R\$ 489,75
188.	RX DE ARCOS ZIGOMATICOS - MALAR - ESTILOIDES	02	UNID	R\$ 32,73	R\$ 65,46
189.	RX DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR	02	UNID	R\$ 32,73	R\$ 65,46
190.	RX DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
191.	RX DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
192.	RX DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
193.	RX DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
194.	RX DE ARTICULAÇÕES SACROS-ILÍACAS	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

195.	RX DE BRAÇO	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
196.	RX BACIA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
197.	RX DE CALCÂNEO	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
198.	RX DE CAVUM: LAT - HIRTZ	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
199.	RX DE CLAVÍCULA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
200.	RX DE COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O.	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
201.	RX DE COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLÍQUAS	15	UNID	R\$ 65,00	R\$ 975,00
202.	RX DE COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU DINÂMICA	15	UNID	R\$ 65,00	R\$ 975,00
203.	RX DE COLUNA DORSAL: A. P. - LATERAL	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
204.	RX DE COLUNA DORSO LOMBAR	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
205.	RX DE COLUNA LOMBO-SACRA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
206.	RX DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OBLIQUAS + SELETIVAS L5/S1	05	UNID	R\$ 65,00	R\$ 325,00
207.	RX DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINÂMICA	15	UNID	R\$ 65,00	R\$ 975,00
208.	RX DE COLUNA PARA ESCOLIOSE: P.A. - LAT.	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
209.	RX DE COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORÂMICA	05	UNID	R\$ 87,50	R\$ 437,50
210.	RX DE CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
211.	RX CORAÇÃO E VASOS DA BASE PA	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
212.	RX DE COSTELAS - POR HEMITORAX	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
213.	RX DE COTOVELO	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
214.	RX COXA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
215.	RX DE CRÂNIO P.A - LAT - OBL OU BRETTON	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
216.	RX DE CRÂNIO P.A- LAT	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
217.	RX DE ESCÁPULO- UMERAL	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
218.	RX ESOFAGO	05	UNID	R\$ 67,50	R\$ 337,50
219.	RX ESTÔMAGO E DUODENO	05	UNID	R\$ 57,50	R\$ 287,50
220.	RX DE ESTERNO	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
221.	RX DE JOELHO A.P. - LAT OBLIQUAS + 3 AXIAIS	15	UNID	R\$ 75,00	R\$ 1.125,00
222.	RX DE JOELHO: A.P. - LATERAL	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
223.	RX LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO (PARTES MOLES)	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
224.	RX DE MÃO E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
225.	RX DE MÃO OU QUIRODÁCTILOS	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
226.	RX DE MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
227.	RX DE MAXILAR INFERIOR: P.A. - OBLÍQUAS	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
228.	RX DE MEDIASTINO	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
229.	RX DE OMBRO-FUNCIONAL	10	UNID	R\$ 55,00	R\$ 550,00
230.	RX OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
231.	RX ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
232.	RX DE ORBITAS: P.A. - LAT. - OBL - HIRTZ	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
233.	RX DE OSSOS DA FACE: M.N. - LAT. - HIRTZ	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
234.	RX DE PANORAMICA DE MANDIBULA	02	UNID	R\$ 55,00	R\$ 110,00
235.	RX PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	02	UNID	R\$ 132,50	R\$ 265,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

236.	RX DE PÉ OU PODODÁCTILOS	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
237.	RX PENIS 129	02	UNID	R\$ 87,50	R\$ 175,00
238.	RX DE PERNA	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
239.	RX DE PUNHO: A.P. - LAT. - OBLÍQUAS	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
240.	RX DE SACRO-COCCIX	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
241.	RX DE SEIOS DA FACE: F.N. - M.N. - LAT. - HIRTZ	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
242.	RX DE SELA TURCA: P.A. - LAT - BRETTON	05	UNID	R\$ 55,00	R\$ 275,00
243.	RX DE TÓRAX: A.P. - LATERAL	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
244.	RX DE TÓRAX: P.A. - LAT. - OBLÍQUAS	15	UNID	R\$ 65,00	R\$ 975,00
245.	RAIO X TÓRAX OIT	05	UNID	R\$ 110,50	R\$ 552,50
246.	RX DE UROGRAFIA EXCRETORA COM CISTOGRAFIA	02	UNID	R\$ 200,00	R\$ 400,00
247.	RX DE UROGRAFIA VENOSA C/ BEXIGA PRÉ/PÓS MICÇÃO	02	UNID	R\$ 200,00	R\$ 400,00
248.	RX JOELHO AP - LATERAL	15	UNID	R\$ 55,00	R\$ 825,00
249.	RX JOELHO + PATELA	15	UNID	R\$ 77,50	R\$ 1.162,50
250.	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS	02	UNID	R\$ 140,00	R\$ 280,00
251.	MARCAÇÃO/ AGULHAMENTO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - MÁXIMO 03 NÓDULOS POR MAMA, POR ESTEREOTAXIA/ MAMOGRAFIA	02	UNID	R\$ 605,00	R\$ 1.210,00
252.	MARCAÇÃO/ AGULHAMENTO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - MÁXIMO 03 NÓDULOS POR MAMA, POR ULTRASSONOGRAMA	02	UNID	R\$ 605,00	R\$ 1.210,00
253.	MARCAÇÃO/ AGULHAMENTO PRÉ-CIRÚRGICA POR NÓDULO - MÁXIMO 03 NÓDULOS POR MAMA	02	UNID	R\$ 605,00	R\$ 1.210,00
254.	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA/ MAMOGRAFIA	02	UNID	R\$ 485,00	R\$ 970,00
255.	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA AGULHA FINA POR ESTEREOTAXIA	02	UNID	R\$ 475,00	R\$ 950,00
256.	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA AGULHA FINA POR US	02	UNID	R\$ 475,00	R\$ 950,00
257.	MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	02	UNID	R\$ 845,00	R\$ 1.690,00
258.	MAMOTOMIA POR US	02	UNID	R\$ 4.340,00	R\$ 8.680,00
259.	MAMOTOMIA POR RM	02	UNID	R\$ 5.355,00	R\$ 10.710,00
260.	DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR US	02	UNID	R\$ 472,50	R\$ 945,00
261.	PUNÇÃO BIÓPSIA PROSTÁTICA POR FUSÃO DE IMAGEM	02	UNID	R\$ 1.262,50	R\$ 2.525,00
262.	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE MAMA/RIM E OUTROS POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR ULTRASSONOGRAMA	02	UNID	R\$ 485,00	R\$ 970,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO

Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro

Pontão/RS, CEP: 99.190-000

Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

263.	PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA (PAAF) DE MAMA/ TIREOIDE/LINFONODO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR ULTRASSONOGRAFIA (TODAS)	02	UNID	R\$ 475,00	R\$ 950,00
264.	PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR TC	02	UNID	R\$ 745,00	R\$ 1.490,00
265.	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO HEPÁTICA, GUIADA ORIENTADA POR US	04	UNID	R\$ 485,00	R\$ 1.940,00
266.	PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	02	UNID	R\$ 652,50	R\$ 1.305,00
267.	ULTRA CLIP MARCADOR DE LESÃO MAMÁRIA	02	UNID	R\$ 840,00	R\$ 1.680,00
268.	PUNÇÃO ASPIRATIVA - AMNIOCENTESE	02	UNID	R\$ 625,00	R\$ 1.250,00
269.	TOMOSSÍNTESE BILATERAL	02	UNID	R\$ 465,00	R\$ 930,00
270.	TOMOSSÍNTESE UMA MAMA	02	UNID	R\$ 235,00	R\$ 470,00
271.	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE	02	UNID	R\$ 1.750,00	R\$ 3.500,00
272.	CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	02	UNID	R\$ 700,00	R\$ 1.400,00
273.	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E BAÇO	02	UNID	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
274.	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	02	UNID	R\$ 990,00	R\$ 1.980,00
275.	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA	02	UNID	R\$ 1.010,00	R\$ 2.020,00
276.	CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
277.	ESVAZIAMENTO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
278.	ESVAZIAMENTO ESOFÁGICO (SEMI-SOL)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
279.	DIVERTÍCULO DE MECKEL (MÍNIMO 4 IM)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
280.	REFLUXO GASTROESOFÁGICO	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
281.	CINTILOGRAFIA HEPÁTICA COM HEMÁCIAS MARCADAS	02	UNID	R\$ 690,00	R\$ 1.380,00
282.	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTAÇÃO (131 L)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
283.	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	02	UNID	R\$ 685,00	R\$ 1.370,00
284.	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES	02	UNID	R\$ 990,00	R\$ 1.980,00
285.	ESTUDO RENAL DINÂMICO	10	UNID	R\$ 540,00	R\$ 5.400,00
286.	ESTUDO RENAL DINÂMICO OU DIURÉTICO	05	UNID	R\$ 540,00	R\$ 2.700,00
287.	CINTILOGRAFIA RENAL (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
288.	CINTILOGRAFIA TESTICULAR	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
289.	CISTOGRAFIA DIRETA	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
290.	CISTOGRAFIA INDIRETA	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
291.	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
292.	PERFUSÃO CEREBRAL	02	UNID	R\$ 3.300,00	R\$ 6.600,00
293.	CISTERNOCINTILOGRAFIA	02	UNID	R\$ 1.010,00	R\$ 2.020,00
294.	ESTUDO DAS FÍSTULAS LIQUÓRICAS	02	UNID	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
295.	MIELOCINTILOGRAFIA	02	UNID	R\$ 1.060,00	R\$ 2.120,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO
Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro
Pontão/RS, CEP: 99.190-000
Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

296.	CINTILOGRAFIA PERF. CEREBRAL AVALIAÇÃO DE TRANSP. DOPAMINA	02	UNID	R\$ 4.100,00	R\$ 8.200,00
297.	CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	02	UNID	R\$ 650,00	R\$ 1.300,00
298.	CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67	02	UNID	R\$ 1.550,00	R\$ 3.100,00
299.	CINTILOGRAFIA COM MIBG (META IODO)	02	UNID	R\$ 1.680,00	R\$ 3.360,00
300.	CINTILOGRAFIA DE MAMA	02	UNID	R\$ 750,00	R\$ 1.500,00
301.	DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
302.	CINTILOGRAFIA DETECÇÃO RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
303.	DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	02	UNID	R\$ 540,00	R\$ 1.080,00
304.	LINFOCINTILOGRAFIA	02	UNID	R\$ 570,00	R\$ 1.140,00
305.	ASPIRAÇÃO PULMONAR	02	UNID	R\$ 430,00	R\$ 860,00
306.	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	02	UNID	R\$ 720,00	R\$ 1.440,00
307.	TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (GRAVES)	02	UNID	R\$ 940,00	R\$ 1.880,00
308.	TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (PLUMMER)	02	UNID	R\$ 1.050,00	R\$ 2.100,00
309.	DACRIOCINTILOGRAFIA	02	UNID	R\$ 430,00	R\$ 860,00
310.	IMUNO CINTILOGRAFIA	02	UNID	R\$ 1.135,00	R\$ 2.270,00
311.	TRATAMENTO COM RÁDIO 223 (XOFIGO)	01	UNID	R\$ 31.900,00	R\$ 31.900,00
312.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 100 MCI	02	UNID	R\$ 4.730,00	R\$ 9.460,00
313.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 150 MCI	02	UNID	R\$ 6.050,00	R\$ 12.100,00
314.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 200 MCI	02	UNID	R\$ 6.840,00	R\$ 13.680,00
315.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 250 MCI	02	UNID	R\$ 7.760,00	R\$ 15.520,00
316.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 300 MCI	02	UNID	R\$ 8.910,00	R\$ 17.820,00
317.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 350 MCI	02	UNID	R\$ 9.790,00	R\$ 19.580,00
318.	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREOIDE ATÉ 400 MCI	02	UNID	R\$ 10.380,00	R\$ 20.760,00
319.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE AORTA ABDOMINAL	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
320.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
321.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
322.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE CRÂNIO	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
323.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE CRÂNIO	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
324.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
325.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTÃO
Av. Júlio de Maílhos, 1613, Bairro Centro
Pontão/RS, CEP: 99.190-000
Fone: (54)3308 1900 e-mail: licitacoes@pontao.rs.gov.br

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 049/2025
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025

326.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
327.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
328.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE PELVE	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
329.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE PELVE	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
330.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE PESCOÇO	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
331.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA DE PESCOÇO	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
332.	ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL PULMONAR	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
333.	ANGIORESSONÂNCIA VENOSA PULMONAR	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
334.	ANGIORESSONÂNCIA (ARTERIAL DE AORTA TORÁCICA)	02	UNID	R\$ 692,50	R\$ 1.385,00
335.	ARTRO POR RM	02	UNID	R\$ 745,00	R\$ 1.490,00
336.	DRENAGEM GUIADA POR TC	02	UNID	R\$ 1.050,00	R\$ 2.100,00
337.	SONO URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL C/ MICROBOLHAS)	02	UNID	R\$ 780,00	R\$ 1.560,00
338.	PET NEUROLÓGICO	02	UNID	R\$ 2.030,00	R\$ 4.060,00
339.	PET INFECÇÃO	01	UNID	R\$ 3.455,00	R\$ 3.455,00
340.	PET ONCOLÓGICO	05	UNID	R\$ 3.760,00	R\$ 18.800,00
341.	PET CT ONCOLOGICO PSMA	02	UNID	R\$ 4.575,00	R\$ 9.150,00
Total Geral:				R\$ 1.718.686,81	

- 2.3. Vislumbra-se que tal valor é compatível com o praticado pelo mercado correspondente, observando-se o disposto no Decreto Municipal nº 1899 de 15 de janeiro de 2025).
- 2.4. O contrato decorrente do credenciamento terá sua vigência estabelecida em conformidade com as disposições nela contidas.
- 2.5. Serão recebidos os credenciamentos de empresas interessadas a partir da data de 08 de abril de 2025 até 08 de abril de 2026.
- 2.6. As análises de propostas credenciadas e documentações acontecerão todas as sextas-feiras e divulgadas no site oficial.
- 2.7. Caso seja necessário a comissão de licitação designará prazo de 02 (dois) dias úteis para que a licitante apresente os documentos complementares aos requeridos neste instrumento auxiliar.
- 2.8. As empresas que pretendem se credenciar deverão atentar e observar os valores pré indicados por esta municipalidade.
- 2.9. O prazo de vigência do termo de credenciamento oriundo do presente processo de credenciamento será de 01 (um) ano, podendo ser renovado por igual período mediante acordo entre as partes, até o limite de 60 (sessenta) meses.

Obs.: Todas as referências de tempo observam o horário de Brasília e, desta forma, serão registradas no sistema eletrônico e na documentação relativa ao certame.

3. DESCRITIVO DA LICITAÇÃO.

3.1. MODALIDADE: CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO.

3.2. DO CRITÉRIO DE SELEÇÃO: O critério de seleção é o previsto no art. 79, inciso I da Lei



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS PARA CREDENCIAMENTO

(ART. 79, INCISO II DA LEI Nº 14.133/2021)

1) PRÊAMBULO	2
2) OBJETO	2
3) ESCLARECIMENTO E IMPUGNAÇÃO AO EDITAL	8
4) VEDAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO E PARTICIPAÇÃO NA EXECUÇÃO DO CONTRATO	8
5) CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD (LEI Nº 13.709/2018)	10
6) REGRAS GERAIS PARA DOCUMENTAÇÃO	11
7) DOCUMENTAÇÃO PARA SER CREDENCIADO	12
8) AVALIAÇÃO PELA COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO	13
9) CREDENCIAMENTO	14
10) RECURSOS E PEDIDOS DE RECONSIDERAÇÃO	15
11) CONTRATAÇÃO VIA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO	16
12) INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	17
13) DISPOSIÇÕES FINAIS	20
ANEXO I – ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR	22
ANEXO II – TERMO DE REFERÊNCIA	34
ANEXO III – DECLARAÇÃO UNIFICADA	45
ANEXO IV – DECLARAÇÃO LGPD	46
ANEXO V – PROPOSTA	50
ANEXO VI – CONTRATO ADMINISTRATIVO	55



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

1) PRÊAMBULO

1) O MUNICÍPIO DE QUILOMBO, Estado de Santa, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUILOMBO - SC**, inscrito no CNPJ nº 13.886.006/0001-50, com sede à Rua Joaçaba s/n, Quilombo/SC, CEP: 89.850-000, leva ao conhecimento dos interessados a realização do seguinte processo administrativo:

I - Objeto: Chamamento de interessados para credenciamento, com base no art. 79, inciso II da Lei nº 14.133/2021.

II - Regime legal:

- a) Lei nº 14.133/2021;
- b) Decreto Municipal 001/2024 de 01/01/2024.

III - Forma:

- a) Presencial.

IV - Endereço e horário para apresentação da documentação:

- a) Secretaria Municipal de Saúde, sita na Rua Joaçaba s/n, centro, Quilombo/SC, CEP: 89.850-000.
- b) Horário: Das 07:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00.

V - Condução do procedimento auxiliar:

- a) Comissão de Contratação, designada pelo Decreto nº39/2025 de 21/01/2025.

VI - Vigência deste edital:

- a) indeterminada.

VII - Tabela de Referência de Preços:

- a) Os valores dos procedimentos deste credenciamento possuem como referência a tabela do consórcio intermunicipal de saúde do Cisamosc.

2) OBJETO

1. CHAMAMENTO DE INTERESSADOS PARA CREDENCIAMENTO, A FIM DE CONTRATAÇÃO, DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PELO MODELO DE CREDENCIAMENTO UNIVERSAL, PARA ATENDER DEMANDA DE EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, VISANDO A QUALIDADE, AGILIDADE E ACESSIBILIDADE AOS PACIENTES USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

2. Os valores propostos tem por base os mesmos que vinham sendo praticados até 31/12/2024, com os prestadores até então contratados. O contrato inicial com tais prestadores na época da contratação

PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

possuía valores que tinham como referência os mesmos praticados pela tabela do consórcio intermunicipal de saúde do Amosc.

Considerando que o credenciamento é um procedimento auxiliar e que a natureza imprevisível e dinâmica da demanda por procedimentos médicos dificulta a determinação prévia de quantitativos exatos, a Secretaria de Saúde do Município de Quilombo optou por não incluir os quantitativos, uma vez que o levantamento realizado mostrou grande variação na quantidade de procedimentos ao longo dos anos.

Além disso, os exames exigem uma resposta rápida e adaptável às necessidades emergentes da população. Assim, a ausência de quantitativos fixos permitirá que a Secretaria atenda a um número variável de pacientes conforme a demanda, garantindo que todos os que necessitam de atendimento sejam devidamente acolhidos, sem restrições impostas por limites predefinidos.

lote	item	exame	cod.sia/sus	Qtidade	valor Unit.	Valor Total
Lote 1	01	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	300	90,00	27.000,00
	02	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	300	110,00	33.000,00
	03	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	02.05.02.005-4	300	90,00	27.000,00
	04	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	400	90,00	36.000,00
	05	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	100	90,00	9.000,00
	06	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS BILATERAL	02.05.02.009-7	500	90,00	45.000,00
	07	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	300	90,00	27.000,00
	08	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	80	110,00	8.800,00
	09	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	02.05.02.012-7	400	90,00	36.000,00
	10	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	02.05.02.014-3	500	90,00	45.000,00
	11	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	90.01.01.171-0	80	180,00	9.000,00
	12	ULTRASSONAGRAFIA ECODOPPLER DE TIREOIDE	90.01.01.170-0	100	180,00	18.000,00
	13	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER TRANSVAGINAL	90.01.01.172-0	80	180,00	14.400,00
	14	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	100	120,00	12.000,00
	15	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	02.05.02.016-0	200	90,00	18.000,00



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

	16	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA	90.01.01.117-0	300	200,00	60.000,00
	17	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER DE CAROTIDA	90.01.01.214-0	200	180,00	36.000,00
	18	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER MI VENOSO	90.01.01.217-0	400	180,00	72.000,00
	19	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER MS VENOSO	90.01.01.221-0	200	180,00	36.000,00
	20	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER MI ARTERIAL	90.01.01.216-0	200	180,00	36.000,00
	21	ULTRASSONOGRRAFIA ECODOPPLER MS ARTERIAL	90.01.01.220-0	200	180,00	36.000,00
	22	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUOENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	02.04.06.002-8	400	110,20	44.080,00
	23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	90.01.01.176-0	400	112,14	44.856,00
	24	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	500	90,00	45.000,00
	25	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	90.01.01.118-0	400	95,31	38.124,00
	26	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	90.01.01.222-0	300	90,00	27.000,00
	27	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	90.01.01.223-0	300	90,00	27.000,00
	28	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (BILATERAL)	02.04.03.018-8	600	70,00	42.000,00
	29	MAMOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.003-0	100	40,00	4.000,00
	30	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	100	300,00	30.000,00
	31	ANGIORESSONANCIA DE CRANIO/PESCOÇO/ARTERIAL OU VENOSA	90.01.010.142-0	100	420,00	42.000,00
	32	ANGIORESSONANCIA DE TORAX/ARTERIAL OU VENOSA	90.01.01.143-0	100	420,00	42.000,00
	33	ANGIORESSONANCIA DE ABDOME/PELVE/ARTERIAL OU VENOSA	90.01.01.144-0	100	420,00	42.000,00
	34	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	600	300,00	180.000,00
	35	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	600	300,00	180.000,00
	36	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	500	300,00	150.000,00
	37	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	300	300,00	90.000,00
	38	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	300	300,00	90.000,00
	39	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	100	300,00	30.000,00
	40	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOME INFERIOR	02.07.03.002-2	100	300,00	30.000,00



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

	41	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	02.07.01.007-2	80	300,00	24.000,00
	42	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02.07.01.006-4	300	300,00	30.000,00
	43	RESSONANCIA MAGNETICA VIAS BILIARES/COLANGIORESSONANCIA	02.07.03.004-9	200	300,00	60.000,00
	44	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR	02.07.03.001-4	400	300,00	120.000,00
	45	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	02.07.02.003-5	100	300,00	30.000,00
	46	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (INCLUI REGIAO MASTOIDE)	02.06.01.007-9	200	160,00	32.000,00
	47	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	50	160,00	8.000,00
	48	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	02.06.01.003-6	200	160,00	32.000,00
	49	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	300	160,00	48.000,00
	50	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	200	160,00	32.000,00
	51	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (EXTERNO CLAVICULAR/ OMBRO/ COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	300	160,00	48.000,00
	52	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	100	160,00	16.000,00
	53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	02.06.01.004-4	300	160,00	48.000,00
	54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	02.06.03.001-0	100	160,00	16.000,00
	55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL	90.01.01.009-0	200	280,00	56.000,00
	56	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	02.06.02.003-1	200	160,00	32.000,00
	57	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	200	160,00	32.000,00
	58	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Pelve/ BACIA/ ABDOME INFERIOR	02.06.03.003-7	200	160,00	32.000,00



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

	59	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO/ANTEBRAÇO/ MÃO/COXA/ PERNA E PÉ)	02.06.02.002-3	200	160,00	32.000,00
	60	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO E VERTEBRAIS	90.01.01.526-0	100	420,00	42.000,00
	61	ANGIOTOMOGRAFIA DE CAROTIDAS	90.01.01.527-0	100	420,00	42.000,00
	62	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORACICA	90.01.01.528-0	100	420,00	42.000,00
	63	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E OU ARTERIAIS COMPREENDENDO VASOS ILIACOS	90.01.01.531-0	100	520,00	52.000,00
	64	ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	90.01.01.530-0	100	420,00	42.000,00
	65	UROTOMOGRAFIA	90.01.01.152-0	200	348,00	69.600,00
	66	CONTRASTE PARA RESSONANCIA	90.01.01.126-0	500	150,00	75.000,00
	67	CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	90.01.01.113-0	300	150,00	45.000,00
	68	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA RETAL	90.01.01.140-0	200	360,00	72.000,00
	69	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	02.01.01.058-5	200	297,00	59.400,00
	70	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA – CORE BIOPSIA GUIADA POR ULTRASSON	02.01.01.060-7	200	297,00	59.400,00
	71	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TMC/ ULTRASSON. /RNM/ RX	02.01.01.054-2	200	360,00	72.000,00
	72	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIR. – PAAF	02.01.01.047-0	200	297,00	59.400,00
	73	DOPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	90.01.01.217-0	400	180,00	72.000,00
	74	DOPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	90.01.01.216-0	400	180,00	72.000,00
Lote 2	75	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE TODA A ARCADA DENTÁRIA. COM LAUDO.	02.04.01.017-9	80	75,00	6.000,00
	76	RADIOGRAFIA PERIAPICAL INTER PROXIMAL DE DOIS A TRÊS ELEMENTOS. COM LAUDO.	02.04.01.018-7	80	30,00	2.400,00
	77	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – A.T.M. BILATERAL. COM LAUDO.	02.04.01.005-5	80	80,00	6.400,00
	78	TOMOGRAFIA DO MAXILA CONE BEAN. COM LAUDO.		80	180,00	14.400,00
	79	TOMOGRAFIA DA MANDÍBULA CONE BEAN. COM LAUDO.		80	180,00	14.400,00
	80	TOMOGRAFIA ATÉ DOIS ELEMENTOS DENTÁRIOS. COM LAUDO.		80	160,00	12.800,00
	81	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA QUE INCLUI:		20	170,00	3.400,00



PROCEDIMENTO AUXILIAR – CREDENCIAMENTO Nº 05/2025
EDITAL DE CHAMAMENTO DE INTERESSADOS

		RADIOGRAFIA PANORÂMICA, TELERRADIOGRAFIA LATERAL DA FACE, PERIAPICAIS DOS INCISIVOS, TRÊS FOTOS EXTRABUCAIS E SEIOS INTRABUCAIS E MODELO DE ESTUDO. IMPRESSO.				
						3.224.160,00

3. Local da prestação do serviço:

- a) Os serviços serão prestados de forma contínua, com início imediato após a formalização da contratação, na sede da empresa contratada ou em local indicado por ela. A duração do contrato poderá ser renovada conforme as necessidades do município.
- b) O agendamento das consultas e exames será centralizado pela Secretaria Municipal de Saúde, que encaminhará os pacientes para as empresas contratadas.
- c) A empresa deverá cumprir com o prazo para a emissão dos laudos, que deverá ser compatível com a necessidade de tratamento imediato, sendo de no máximo 5 dias úteis após a realização do exame.

3.3. Toda responsabilidade e ônus na prestação dos serviços ficarão por conta dos prestadores credenciados.

4.) Especificações técnicas e parâmetros mínimos de desempenho e qualidade pretendidos com a contratação:

4.1. Considerando que se trata da compra de **EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, VISANDO A QUALIDADE, AGILIDADE E ACESSIBILIDADE AOS PACIENTES USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, e que essas demandas são permanentes, o modelo de contratação por meio de credenciamento universal se justifica pela ampla possibilidade de todos os interessados participarem, bem como da longevidade do contrato, atendendo dessa forma ao interesse público.

4.2. O credenciamento proposto, alcançará a todos os prestadores interessados, observando as condições do Termo de Referência, que terá vigência por um ano, podendo ser renovado de acordo com o interesse das partes.

4.3. Os procedimentos previstos para contratação seguem conforme tabela proposta pelo MUNICÍPIO/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUILOMBO – FMS, onde ficam dispostos os valores praticados pelo consórcio intermunicipal de saúde de Chapecó. **As empresas credenciadas devem se credenciar em todos os exames que já prestam rotineiramente em seu estabelecimento.**