



**RIACHÃO DAS NEVES/BA, 21 DE JANEIRO DE 2026.**

**CRENCIAMENTO Nº 001/2026**

---

**I – PROCESSO ADMINISTRATIVO:** nº 027/2026

---

**II – LOCAL PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CRENCIAMENTO:**

**A partir do dia 22/01/2026**

Horário: Das 08h às 14:00

Local: no Setor da Regulação, situada na Av. Pantaleão Aguiar 9.992, Sr. José de Jesus Silva, Centro, CEP 47.970-000, Riachão das Neves, no horário das 08:00 às 14:00, de segunda a quinta-feira.

**III- OBJETO DA LICITAÇÃO:**

Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves.

---

**V – VIGÊNCIA:**

**CRENCIAMENTO:** INDETERMINADO

**CONTRATO:** A vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais períodos.

O MUNICÍPIO DE RIACHÃO DAS NEVES, através do **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, torna público para conhecimento dos interessados que realizará **CRENCIAMENTO**, por ordem de protocolo de documentos, de acordo com as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

**OS INTERESSADOS DEVERÃO ACOMPANHAR AS MENSAGENS REFERENTES A ESTE CRENCIAMENTO (RESPOSTAS A QUESTIONAMENTOS, RECURSOS, PENALIZAÇÕES, ETC.) NO PORTAL DE TRANSPARÊNCIA DE RIACHÃO DAS NEVES, SENDO EXCLUSIVOS RESPONSÁVEIS PELO ÔNUS DECORRENTE DA PERDA DE NEGÓCIOS DIANTE DA INOBSERVÂNCIA DE QUAISQUER MENSAGENS EMITIDAS PELO PORTAL.**

**Obs.: As pessoas jurídicas e as pessoas físicas atualmente credenciadas, em razão do Credenciamento nº 002/2025, deverão aderir ao presente credenciamento no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da sua publicação, pois os antigos contratos serão rescindidos após o prazo ora assinalado.**

**Uma vez celebrado o contrato com base no presente credenciamento, o eventual contrato do credenciado celebrado com base no Credenciamento nº 002/2025 serão automaticamente rescindidos.**



## SUMÁRIO

1. PREÂMBULO
2. DO OBJETO
3. **DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**
4. **DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DO ENVELOPE**
5. **DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO**
6. **DO CREDENCIAMENTO**
7. **DOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO**
8. **DA CONTRATAÇÃO**
9. **DA VIGÊNCIA**
10. **DO PAGAMENTO**
11. **DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**
12. **EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**
13. **DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**
14. **DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO**
15. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO ME/EPP;

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE;

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS;

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES; ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS;

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI VÍNCULO COM AGENTE PÚBLICO; ANEXO IX – PEDIDO DE CREDENCIAMENTO;

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO PESSOAL TÉCNICO, DAS INSTALAÇÕES E DO APARELHAMENTO ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DO OBJETO DA LICITAÇÃO, BEM COMO DA QUALIFICAÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA QUE SE RESPONSABILIZARÁ PELOS TRABALHOS.



**EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 027/2026**

**1.0- PREÂMBULO**

1.1 O **MUNICÍPIO DE RIACHÃO DAS NEVES**, ESTADO DA BAHIA, por meio do **SECRETARIA**

**MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DAS NEVES**, através da Comissão Especial de Avaliação, designada pela Município, torna público, para conhecimento dos interessados, que está procedendo o CHAMAMENTO PÚBLICO para fins de Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves, nos termos e condições a seguir estabelecidas.

O envelope contendo a documentação relativa á “Habilitação” deverá ser entregue a partir de **22 de janeiro de 2026, por tempo indeterminado a partir do prazo fixado**, no Setor da Regulação, situada na Av. Pantaleão Aguiar 9.992, Sr. José de Jesus Silva, Centro, CEP 47.970-000, Riachão das Neves, no horário das 08:00 às 14:00, de segunda a quinta-feira, conforme descrito neste Edital e seus anexos, em conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21 e legislação vigente, perante a Comissão Especial de Avaliação.

**2. DO OBJETO**

O Processo Administrativo tem por objeto o Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE

EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves, conforme especificações técnicas contidas no anexo I em anexo.

### **3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

3.1. Somente poderão participar deste credenciamento pessoas físicas ou jurídicas que tenham atuação profissional ou objeto social os serviços previstos neste edital e que comprovem regularidade jurídica e fiscal, qualificação econômico-financeira e técnica, capacidade operacional, aceitem as exigências estabelecidas nas normas do Sistema Único de Saúde – SUS e que cumpram todas as demais exigências previstas neste edital;

3.2. Não poderão participar do presente credenciamento os interessados que tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada;

3.3. Não poderão participar do presente credenciamento os interessados cumprindo suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração;

3.4. Não poderão participar, direta ou indiretamente, do credenciamento ou da execução do contrato, agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei nº 14.133/2021;

3.5 Comprovem estar devidamente registrada e licenciada para operar na prestação de serviços médicos. Isso inclui registros em órgãos reguladores de saúde e licenças municipais ou estaduais, conforme exigido pela legislação local.

3.6 Não poderão participar Pessoas jurídicas reunidas em consórcio;

### **4. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DO ENVELOPE**



4.1. O **envelope lacrado contendo a documentação** referente à habilitação, deverá ser apresentado em uma única via, devendo conter em sua parte externa os seguintes dizeres:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DAS NEVES-BA**

**CRENCIAMENTO N.º 001/2026**

**NOME DO CREDENCIADO/ENDEREÇO.**

## **5. DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO**

5.1. O interessado em ser credenciado deverá apresentar na sala de Comissão Especial de Avaliação, no endereço a **partir do prazo fixado no preâmbulo** deste edital, o requerimento acompanhado de toda documentação necessária para credenciamento.

5.2. O requerimento do credenciamento e os documentos que o instruírem deverão estar preferencialmente dispostos ordenadamente e serem datados e assinados pelo representante legal do interessado.

**5.3. O pedido de credenciamento** deverá ser dirigido à Comissão Especial de Avaliação, conforme modelo do Anexo XI deste edital.

**Observação 1:** O preço referido no objeto é considerado completo e abrange todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para fiscais), fornecimento de mão de obra especializada, leis sociais e trabalhistas, administração, lucros.

**Observação 2:** No preço constante do objeto está incluso o pagamento pelos serviços prestados, como adicionais de insalubridade, periculosidade, adicional noturno assim como outros pagamentos decorrentes da legislação e dissídios da categoria, quando o tipo de atividade assim o exigir.

5.4. O interessado deverá instruir o requerimento com os seguintes documentos:

### **5.4.1. PARA COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO REFERENTE À PESSOA JURÍDICA**

5.4.1.1. O envelope contendo a documentação relativa à Habilitação da PESSOA JURÍDICA, deverá conter:

- a) **Ato constitutivo**, estatuto, ou **contrato social** em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e acompanhado, no caso de sociedades por ações, documentos de eleição de seus atuais administradores;
- b) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (**CNPJ**);
- c) Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, mediante apresentação de Certidão Conjunta, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- d) Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do domicílio ou sede proponente;
- e) Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do proponente.
- f) Prova de regularidade relativa ao **Secretaria de Garantia por Tempo de Serviço** (FGTS) demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, comprovando inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;
- h) **Alvará de Funcionamento** emitido pelo Poder Executivo Municipal, válido na data de abertura do certame, ou declaração de conformidade.
- i) Certidão de **Registro no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional, da empresa credenciante, expedida no presente exercício, ou cópia do comprovante de pagamento da anuidade autenticado;
- j) No caso de Micro empreendedor individual apresentar a Certificado da Condição de Micro empreendedor Individual – CCMEI

- k) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede do licitante, nos últimos 30 (trinta) dias anteriores á data de apresentação da documentação;
- l) **Declaração** de que não possui em seu **quadro de pessoal empregado** (s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso, insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal Brasileira de 1988 (**Anexo VI**)
- m) **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas.
- n) **Relação dos exames e serviços** que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes nos Anexos;
- o) **Capacidade máxima de atendimento** (total e quantitativo a disposição do SUS, bem como horários);
- a) Declaração formal de que terá disponibilidade para a execução do serviço objeto desta licitação, profissionais com formação na especialidade exigida para a prestação dos serviços, conforme orientações do Plano Operativo 2026.

#### 5.4.1.2. Documentos do **RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

- a) **Curriculum Vitae;**
- b) **Cédula de Identidade e CPF;**
- c) **Diploma** do curso superior e certificado de especialização, se houver;
- d) **Registro do responsável técnico no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional;
- e) **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas.
- f) **Comprovação de que o Responsável Técnico é contratado pela empresa, através de cópia da CTPS ou Contrato de Prestação de Serviço ou Contrato Social.**



## **5.6. PARA COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO REFERENTE À PESSOA FÍSICA**

5.6.1. O envelope contendo a documentação relativa à Habilitação de Pessoa Física, deverá conter:

- a) **Curriculum Vitae;**
- b) Documento de identificação oficial com foto;
- c) **Diploma do curso superior** e certificado de especialização, se houver;
- d) **Registro de Pessoa Física no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional;
- e) Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, mediante apresentação de Certidão Conjunta, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- f) Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do domicílio ou sede proponente;
- g) Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do proponente.
- h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, comprovando inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;
- i) **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas
- j) **Relação dos exames e serviços** que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes no Anexo I.

## **5.7 DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR (PESSOA FÍSICA e/ou JURÍDICA):**

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO ME/EPP; ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE;  
ANEXO V – DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS;  
ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE

MENORES; ANEXO VII– DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS;

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI VÍNCULO COM AGENTE PÚBLICO;

ANEXO IX – PEDIDO DE CREDENCIAMENTO;

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO PESSOAL TÉCNICO, DAS INSTALAÇÕES E DO APARELHAMENTO ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DO OBJETO DA LICITAÇÃO, BEM COMO DA QUALIFICAÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA QUE SE RESPONSABILIZARÁ PELOS TRABALHOS.

5.8 Não será credenciado o prestador de serviços que deixar de apresentar os documentos acima, ou apresentá-los em desacordo com o presente Edital.

5.9 Os documentos exigidos para habilitação, salvo aqueles emitidos pela própria licitante, deverão ser apresentados em processo de cópia, reservado ao Agente de Contratação o direito de exigir a apresentação dos originais, a seu critério.

5.10 No ato da entrega da documentação, o interessado receberá protocolo atestando o recebimento do envelope devidamente lacrado. O referido atestado não certifica que a documentação está completa e condizente com os preceitos estabelecidos neste Edital, ficando condicionada à efetiva análise pela Comissão.

5.11 Serão inabilitados os interessados que apresentarem documentos incompletos, ilegíveis, com emendas, rasuras ou qualquer irregularidade, bem como aqueles que não atenderem às exigências deste Edital.

5.12 Será considerada como válida pelo prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da respectiva emissão, a certidão/documento que não apresentar prazo de validade, exceto se houver previsão de prazo diverso estabelecido em lei ou por dispositivo do órgão emissor do documento, devendo a licitante apresentar juntamente com a certidão/documento cópia da referida legislação ou dispositivo.

5.13 Caso o licitante seja considerado isento dos tributos municipais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda Municipal do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

5.14 A proposta apresentada de forma incompleta, rasurada ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerada inepta, podendo o interessado apresentar novo requerimento livre das causas que ensejaram sua inépcia.



## **6. DO CREDENCIAMENTO**

6.1. O credenciamento **não** implica no direito à contratação, a qual dar-se-á ao exclusivo critério da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as necessidades do Município, as metas planejadas e programadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a disponibilidade financeira e orçamentária e a demanda de pacientes para os serviços oferecidos .

6.2. Estarão credenciados a realizar os serviços, os profissionais ou empresas que apresentarem corretamente a documentação exigida, concordando com os valores propostos pelo Município, balizados pela Tabela aprovada pelo Conselho de Saúde Municipal, e nos valores propostos na Tabela SUS Nacional, para aqueles não previstos no referido Decreto.

## **7.0. DOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO**

O credenciamento será processado de acordo com a observância do seguintes procedimentos:

**7.1.** A partir do dia e hora estabelecidos no preâmbulo deste Edital, a Comissão Especial de Avaliação receberá, mediante protocolo/ata, toda documentação apresentada pelos interessados em envelopes lacrados;

**7.2.** Após recebimento, a Comissão Especial de Avaliação, em reunião privada, fará análise dessa documentação em conformidade com as exigências constantes neste edital e, sendo constatada a insuficiência das informações ou ausência ou irregularidade da documentação, será comunicado formalmente ao interessado o indeferimento ao credenciamento e os requisitos editalícios que deixaram de ser adequadamente atendidos, para que sejam corrigidos e reapresentados.

**7.3.** O Secretaria Municipal de Saúde divulgará o resultado do credenciamento, mediante publicação no Diário Oficial do Município;

**7.4.** Observar-se-ão as disposições da Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações, subsidiariamente com as normas preconizadas pelo SUS, e Conselho Municipal de Saúde de Riachão das Neves.



## **8. DA CONTRATAÇÃO**

8.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado o contrato de acordo com a legislação vigente, pela Diretoria de Administração e Contratação, em conformidade com as normas acatadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Riachão das Neves.

8.2. A análise de documentos da habilitação do credenciamento é de responsabilidade exclusiva da Comissão Especial de Avaliação, ficando a cargo da Diretoria de Contratação e Administração apenas a confecção dos contratos e posterior publicação dos seus extratos.

8.3. Uma vez instrumentalizado o contrato, a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DAS NEVES – BA convocará os habilitados para assiná-lo, no prazo de 03 (três) dias úteis a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito à contratação.

8.4. O prazo acima estabelecido para assinatura do CONTRATO poderá ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, quando solicitado pela selecionada durante o transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Administração.

8.5. O julgamento do Credenciamento pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE será realizado pela Comissão Especial de Avaliação nomeada pelo Município (conforme portaria em anexo), que analisará a documentação apresentada pelos requerentes e cadastrará as pessoas físicas e jurídicas que poderão prestar serviços junto à Secretaria Municipal de Saúde.

8.6. Não serão recebidos envelopes que contenham documentação apenas parcial ou em desacordo com aquela exigida no Edital, sendo que, nestes casos, as empresas não terão seus envelopes protocolados e serão consideradas inabilitadas para fins de credenciamento, todavia, os interessados não ficarão impedidos de reapresentarem, posteriormente, toda a documentação necessária à habilitação, enquanto estiver vigente o edital da referida CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO.

8.7. Será analisada a capacidade técnica dos profissionais; 8.8. Experiência comprovada em currículo na área de atuação.



8.9.A classificação para prestação dos serviços por parte dos interessados, que forem aprovados na avaliação técnica, será feita segundo os seguintes critérios:

8.9.1- 1º - A ordem cronológica de habilitação, considerando para essa análise a data e o horário.

8.10. Nas hipóteses em que haja mais credenciados do que vagas, serão adotados os seguintes critério de desempate:

8.10.1 1º - Mais tempo de serviço público prestado na respectiva área de atuação;

8.10.2 Persistindo o empate, será realizado sorteio em sessão pública permitido o acompanhante das partes.

8.11. Nos casos em que houver mais de uma empresa credenciada, os procedimentos serão igualmente distribuídos entre os habilitados, conforme a demanda do serviço, respeitando o limite contido neste Edital.

8.12 A escala final dos serviços poderá ser apresentada em sessão pública complementar designada especialmente para este fim e/ou publicado no diário oficial, garantindo uma distribuição equitativa dos serviços entre os credenciados.

8.13 Os novos credenciados, ao ingressarem no credenciamento, comporão lista de espera, e a participação em nova escala dependerá de surgimento de necessidade e convocação por parte do Departamento de Saúde.

Novos credenciamentos serão analisados no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da entrega da documentação.

8.14 A aprovação na avaliação técnica e o devido registro no relatório final do presente credenciamento não gera obrigação de contratação do credenciado, a convocação obedecerá exclusivamente às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Riachão das Neves - BA.

## **9. DA VIGÊNCIA**

**9.1.** O contrato a ser firmado com as pessoas físicas e jurídicas selecionadas terá vigência de 12 (doze) meses contados a partir da data de sua assinatura, podendo, a critério da Administração ser prorrogado.



## **10. DO PAGAMENTO**

10.1. Os serviços serão remunerados de acordo com os valores fixados no anexo II – Termo de Referência;

10.2. Os valores devidos ao Credenciado serão pagos mediante a apresentação da nota fiscal com a descrição dos serviços prestados e após sua conferência pela Secretaria Municipal de Saúde. Os impostos ficarão a cargo do CREDENCIADO.

10.3. O Município de Riachão das Neves -BA efetuará o pagamento das faturas, devidamente atestadas, referente ao serviço objeto deste Edital conforme recurso disponível, em até o décimo quinto dia útil a contar da data de entrada no protocolo no Setor de Faturamento.

## **11. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

**11.1.** Prestar assistência à comunidade obedecendo aos critérios e procedimentos que regem as rotinas de atendimento proposta pelo Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser realizada em qualquer hora ou dia da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

**11.2** Submeter-se ao permanente controle, avaliação e fiscalização da Auditoria Municipal, cujo objetivo é garantir aos beneficiários o bom funcionamento e a adequada utilização dos serviços de saúde.

**11.3** Prestar, nas instalações e dependências do CONTRATADO, por seu quadro técnico- profissional, assistência à comunidade em geral, podendo a critério do Secretaria de Saúde de Riachão das Neves, ser também prestados em unidades próprias do município.

**11.4.** Utilizar, nos casos de emergência, todos os recursos disponíveis na estrutura, quanto a profissionais, serviços, equipamentos e materiais necessários ao atendimento dos usuários.

**11.5.** Responsabilizar-se por todos os encargos tributários, sociais e previdenciários incidentes sobre os valores dos serviços prestados, comprovando, mediante apresentação de documentos, eventual isenção tributária de que seja beneficiário.

**11.6.** Manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas

neste instrumento.

**11.7.** Não subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcial, o objeto deste cadastramento. **11.8.** Quando a pessoa jurídica credenciada não assinar o termo do Contrato ou não aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo supracitado, fica facultado ao Município aplicar as penalidades cabíveis, e convocar outro credenciado.

**11.9.** O Município poderá, a qualquer tempo, rever e alterar a forma e a abrangência previstas no instrumento contratual, ampliando ou limitando os serviços prestados pelo credenciado, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária.

**11.10** Toda responsabilidade de fiscalização e acompanhamento do contrato será do fiscal designado pela Prefeitura Municipal de Riachão das Neves -BA.

## **12. EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

**12.1.** Os profissionais de saúde a serem credenciados deverão prestar seus serviços nos programas aos quais estiverem vinculados, conforme designação da Secretaria de Saúde.

**12.2** Para atender às necessidades da contratação para a prestação dos serviços propostos, as pessoas físicas e jurídicas credenciadas devem desempenhar um serviço de qualidade e para garantir os objetivos da prestação de serviços sejam alcançados com eficácia.

**12.3** Nos casos elencados **PARA TABELA 29:**

a) Os exames contratados referem-se aos atendimentos realizados aos usuários do SUS, que deverão ser coletados pelos Laboratório(s) HABILITADOS E CONTRATADOS pelo Município, in loco, sendo de responsabilidade do usuário o agendamento e escolha do laboratório MEDIANTE A GUIA AUTORIZADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE,

OBS: OS EXAMES AUTORIZADOS ATRAVÉS DA GUIA, DEVERÃO SER COLETADOS TODOS NO MESMO LABORATÓRIO, OU SEJA, NÃO SE PODE COLETAR UMA PARTE EM UM LABORATÓRIO E OS OUTROS EM OUTRO PRESTADOR;

b) Cabe a CONTRATADA a logística para o atendimento aos usuários no seu Laboratório,



c) A CONTRATADA é responsável pelo fornecimento dos insumos, os profissionais coletores, a organização do armazenamento e o transporte adequado do material coletado;

d) O transporte adequado do material coletado é de inteira responsabilidade da CONTRATADA e deve seguir a regulamentação da Vigilância Sanitária, pela RDC 504/2021.

e) Responsabilizar-se pela correta identificação dos periciados, a fidedignidade das conclusões e a confidencialidade dos resultados dos exames realizados;

f) Caso seja constatada falha, bem como qualquer tipo de irregularidade tanto na coleta como no resultado das análises, a contratada deverá refazer o exame, sem quaisquer ônus ao Município.

g) o laboratório credenciado terá que ter sede ou filial localizadas no município.

**12.4** Nos casos elencados **PARA TABELA 28**: Estão inclusos os médicos, anestesistas e enfermarias;

**12.7.** Para as cirurgias, os usuários deverão ser atendidos mediante apresentação de Laudo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH com autorização do médico autorizador do Município e pelo CONTRATANTE.

**12.8.** Para a prestação dos serviços a CONTRATADA disponibilizará o(s) profissional(ais) competente(s), medicamentos, material, acomodações e tudo o que for necessário para a realização do procedimento e/ou cirurgia a ser realizada.

**12.9.** O fornecimento de equipamentos, insumos, materiais e medicamentos, alimentação, acomodações necessárias à prestação dos serviços é de responsabilidade da CONTRATADA.

**12.10.** Em caso de não atendimento por impedimento de urgência da CONTRATADA, deverá comunicar-se com o CONTRATANTE imediatamente, garantindo a programação do atendimento, sem qualquer prejuízo ou ônus ao CONTRATANTE.

**12.11.** A prestação do serviço não constitui, em hipótese alguma, vínculo empregatício de qualquer espécie entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE.

**12.12.** Toda necessidade de serviços complementares e/ou procedimentos e/ou cirurgias deverão ser solicitados em guias específicas do SUS.

**12.13.** As guias de requisição de atendimento deverão estar autorizadas pela Secretaria da Saúde do Município, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas.



**12.14.** Deverão ser observadas integralmente as portarias e os protocolos técnicos e demais legislações vigentes, referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde.

**12.15.** Fica a cargo do hospital credenciado a orientação quanto ao procedimento cirúrgico ao paciente, bem como a assinatura no termo de consentimento, no qual deverá estar previsto os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.

**12.16.** Em casos omissos ou não regulamentados no presente edital, as decisões quanto à postura e procedimento a serem adotados serão definidas por uma comissão técnica, a qual será formada por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e gestores municipais de saúde.

**12.17.** Em caso de desatendimento aos requisitos constantes no presente Edital ou havendo inadequada prestação do serviço credenciado, por meio de procedimento administrativo específico, assegurada a ampla defesa e o contraditório, poderá proceder o descredenciamento.

**12.18.** O usuário será encaminhado por profissional médico do Município e ou rede especializada da Secretaria Municipal de Saúde com guia de referência/contra referência previamente autorizada e agendada, contendo carimbo e rubrica do funcionário do Município, ao profissional médico indicado pela CONTRATADA.

**12.19.** A solicitação de autorização para internação hospitalar deve vir com os campos preenchidos de forma que a auditoria possa ser realizada.

**12.20.** Os prestadores de serviços que realizem os procedimentos deverão garantir o mínimo de 01 (um) retorno do usuário para avaliação pós-operatória.

**12.21.** Concluído o processo, o prestador de serviço deverá emitir a contra referência hospitalar informando ao paciente sobre a sua alta hospitalar com ou seu retorno à Atenção Primária à Saúde.

**12.22.** Todo o processo será acompanhado pela Secretaria Municipal de Saúde, que terá poderes para:

- a) autorizar ou não o procedimento requisitado;
- b) solicitar parecer e ou relatórios de serviços médicos e de enfermagem depreendidos ao paciente;
- c) realizar, havendo necessidade, auditoria "in loco", agendada ou não;



d) glosar procedimentos realizados que tenham insuficiência de informações ou apresentem indício de irregularidade;

e) os prestadores credenciados deverão encaminhar para o setor de faturamento da Secretaria Municipal de Saúde, todos documentos conforme item 7.

### **13 .DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

- UNIDADE: Unidade: 02.04.000 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
- ATIVIDADE: 10.122.005.2033 GESTÃO DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS DE SAÚDE
- ELEMENTO: 3.3.9.0.36.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Física  
/3.3.9.0.39.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Jurídica
- FONTE: 15001002
  
- UNIDADE: 02.04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
- ATIVIDADE: 10.301.005.2035 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
- ATIVIDADE: 10.302.005.2036 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
- ATIVIDADE: 10.302.005.2042 GESTÃO DAS AÇÕES DO HOSPITAL MUNICIPAL
- ELEMENTO: 3.3.9.0.36.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Física  
/3.3.9.0.39.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Jurídica
- FONTE: 15001002, 1600 E 1621

### **14.DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO**

14.1 O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas com o credenciamento sujeitará o Credenciado, no que couber às sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/21, garantida a prévia e ampla defesa, ficando estabelecidas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer das obrigações assumidas com o município quando do credenciamento, a serem graduadas segundo a gravidade da infração:

14.1.1 Advertência por escrito;

14.1.2 Multa: no valor fixo de 10% (dez por cento) na média das faturas pagas ao contratado;

14.1.3 Suspensão temporária de credenciamento, em prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias;

14.1.4 Cancelamento do credenciamento, decorridos 30 (trinta) dias contados da data do recebimento de comunicação por escrito;



14.2 São causas de descredenciamento do contratado da reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital de Credenciamento, no Contrato de Credenciamento, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao município, apuradas em processo administrativo.

## **15 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

15.1 A critério da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DAS NEVES - BA, ao presente

cadastro.

- 15.1.1 Fica assegurado a Comissão o direito de proceder exames e outras diligências, a qualquer tempo, na extensão necessária, a fim de esclarecer possíveis dúvidas a respeito de quaisquer dos elementos apresentados no transcurso do processo.
- 15.1.2 Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer tempo, motivadamente, adiar, revogar, total ou parcialmente, ou mesmo anular o presente processo, sem que disso decorra qualquer direito de indenização ou ressarcimento para os interessados, conforme as hipóteses previstas na Lei Federal nº 14.133/21.
- 15.1.3 Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer tempo, antes de formar o contrato, descredenciar o interessado, sem que a este caiba o direito de indenização ou reembolso, na hipótese de vir a comprovar a existência de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade financeira, comprometa sua capacidade técnica ou administrativa, ou, ainda, que reduza sua capacidade de prestação de serviço.
- 15.1.4 A participação no presente processo implica o conhecimento e submissão a todas as condições previstas neste edital e nos seus Anexos.
- 15.1.5 O Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer tempo e na forma da lei, realizar novos credenciamentos, através da divulgação de um novo regulamento.
  - 15.1.6 Os preços ofertados serão fixos e irremovíveis
- 15.1.7 O reajuste dos valores poderá ocorrer o quando findar o prazo de 12 (doze) meses da data da contratação, se houver alteração no plano operativo.
- 15.1.8 O contratado é responsável pela fidedignidade e legitimidade das

informações e documentos apresentados;

- 15.1.9 No ato de recebimento deste edital, o interessado deverá observar, cuidadosamente, se o seu exemplar está devidamente completo e acompanhado dos seguintes Anexos:

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA; ANEXO II – ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO ME/EPP. ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE; ANEXO V – DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS; ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES; ANEXO VII– DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS; ANEXO VIII – DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI VÍNCULO COM AGENTE PÚBLICO; ANEXO IX – PEDIDO DE CREDENCIAMENTO; ANEXO X – DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO PESSOAL TÉCNICO, DAS INSTALAÇÕES E DO APARELHAMENTO ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DO OBJETO DA LICITAÇÃO, BEM COMO DA QUALIFICAÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA QUE SE RESPONSABILIZARÁ PELOS TRABALHOS; ANEXO XI – MINUTA DA PROPOSTA e, ANEXO XII – MINUTA DO CONTRATO.**

- 15.1.10 Os casos omissos serão resolvidos pela Administração, que decidirá por base na legislação em vigor;
- 15.1.11 Na hipótese de o profissional não obter seu cadastramento juntos ao SUS, a Secretaria Municipal de Saúde reserva-se o direito de não utilizar os serviços do mesmo;
- 15.1.12 As impugnações, esclarecimentos e recursos deverão ser dirigidos a Agente de Contratação, e encaminhados por intermédio do e-mail: [licitacao@riachaodasneves.ba.gov.br](mailto:licitacao@riachaodasneves.ba.gov.br) ou protocolados pelos interessados na Prefeitura Municipal de Riachão das Neves-BA, no horário das 08:00 às

14:00, de segunda a sexta-feira;

- 15.1.13 A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgada em sítio eletrônico oficial do município no prazo de até 03 (três) dias úteis, a contar do protocolo do pedido;
- 15.1.14 Os interessados poderão interpor recursos contra as decisões do Agente de Contratação e equipe de apoio de credenciamento, que deverão ser encaminhados ao e-mail [licitacao@riachaodasneves.ba.gov.br](mailto:licitacao@riachaodasneves.ba.gov.br) ou escrito e protocolado no Setor da Licitação nos horários de funcionamento.
- 15.1.15 Os casos omissos neste Edital serão decididos pelo Município, baseado nos termos da Lei nº 14.133/2021 e demais normas legais pertinentes.
- 15.1.16 Edital estará disponível no site o oficial do município e no PNCP.

Riachão das Neves (BA), 21 de janeiro de 2026.

**MOAB NASCIMENTO DE SANTANA**  
**Prefeito Municipal**



## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

### ANEXO I

### ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

#### INTRODUÇÃO

O presente documento caracteriza a primeira etapa da fase de planejamento e apresenta os devidos estudos para a contratação de solução que atenderá à necessidade abaixo especificada.

O objetivo principal é estudar detalhadamente a necessidade e identificar no mercado a melhor solução para supri-la, em observância às normas vigentes e aos princípios que regem a Administração Pública.

#### 1 - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

A presente contratação tem como finalidade atender à necessidade contínua e essencial da prestação de serviços de saúde no âmbito da rede municipal de Riachão das Neves – BA, por meio do **credenciamento de profissionais da área da saúde**, incluindo MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE

O credenciamento visa garantir a oferta regular e adequada de atendimentos médicos e multiprofissionais à população, bem como exames laboratoriais, diagnostico por imagens, cirurgias eletivas, procedimentos de especialidades, promovendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a resolutividade dos atendimentos e o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma medida essencial para suprir a carência de profissionais efetivos, atender à crescente demanda da população e assegurar a continuidade e qualidade dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde, centros de especialidades e outras estruturas da rede municipal.

Dessa forma, a contratação por credenciamento se justifica pelo interesse público na manutenção e ampliação da assistência à saúde, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade previstos na Constituição Federal e na legislação do SUS.

A presente contratação tem como finalidade atender à necessidade contínua e essencial da prestação de serviços de saúde no âmbito da rede municipal de Riachão das Neves – BA, por meio do **credenciamento de profissionais da área da saúde**, incluindo bem como exames laboratoriais, diagnóstico por imagens, cirurgias eletivas, procedimentos de especialidades. A medida busca garantir a oferta regular e adequada de atendimentos médicos e multiprofissionais à população, promovendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a resolutividade dos atendimentos e o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma solução necessária diante da escassez de profissionais efetivos e da crescente demanda por atendimentos em diversas especialidades, com impacto direto na continuidade e na qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde municipais.

A contratação por meio de credenciamento é fundamental para assegurar o atendimento descentralizado, flexível e contínuo, com foco na eficiência e na equidade do acesso aos serviços de saúde, especialmente em áreas mais vulneráveis e de difícil provimento.

Opta-se pelo **credenciamento**, nos termos do art. 79 da Lei 14.133/2021, por se tratar de **contratação de serviços na área da saúde de forma contínua e com múltiplos prestadores**, a fim de garantir a universalidade e a integralidade do atendimento à população.

O credenciamento permite que todos os profissionais que atendam aos requisitos previamente estabelecidos em edital possam ser contratados, sem competição direta entre si, promovendo maior capilaridade e agilidade na prestação dos serviços. Trata-se de procedimento compatível com a natureza do serviço público de saúde, onde o objetivo maior é ampliar o acesso e atender à demanda com prontidão, e não selecionar apenas um fornecedor exclusivo.

A escolha pelo credenciamento atende também aos princípios da isonomia, impessoalidade e economicidade, pois permite a ampliação da rede de atendimento sem necessidade de licitação competitiva, respeitando a legalidade e os critérios técnicos previamente definidos.

## **2 – PREVISÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL**

A Prefeitura de Riachão das Neves – BA não possui Plano Anual de Contratação, no entanto a sua ausência não compromete o compromisso da administração municipal em garantir a prestação de serviços de qualidade e a contratação de profissionais e fornecedores conforme a demanda e a disponibilidade orçamentária, sempre respeitando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e



eficiência.

### **3 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

**3.1** Os requisitos da contratação abrangem o seguinte:

3.1.1 serviço continuado, sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva;

3.1.2. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da CONTRATADA e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

3.1.3. A CONTRATADA deverá adotar as práticas de sustentabilidade na execução dos serviços, quando couber, todas de acordo com o art. 6º da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 1, de 19 de janeiro de 2010 e com o DECRETO Nº 7.746, DE 5 DE JUNHO DE 2012.

3.2. Declaração do contratante de que tem pleno conhecimento das condições necessárias para a prestação do serviço.

3.3. O objeto a ser contratado é caracterizado como serviços especializados pelas empresas que contenha profissionais formados nas respectivas áreas, conforme o anexo da lista de serviços a serem ofertados.

3.4. A necessidade de contratação de serviços descritos no objeto se faz necessária para o desenvolvimento de todas as ações as quais devem ser atendidas pelos referidos serviços e dar continuidade ao trabalho realizado nas unidades de atendimento a saúde no município de Riachão das Neves /BA, uma vez que na rede municipal falta profissionais concursados dentro do quadro efetivo. Assim sendo, faz-se necessária a contratação dos serviços médicos com o objetivo de suprir a demanda assistencial das unidades de saúde e não ocasionar interrupção na oferta destes.

3.5. A contratação por chamamento público trás economicidade a este órgão e melhor desempenho das atividades.

3.6. As empresas/pessoas físicas contratadas deverão garantir o atendimento por profissional devidamente registrado junto ao Conselho Regional de cada categoria.

3.7. As contratações serão conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que, deverão ser realizadas, conforme a demanda existente.

3.8. Por se tratar de mera estimativa de consumo, as quantidades mencionadas não

constituem, em hipótese alguma, compromisso futuro como quantidade mínima a ser adquirida.

3.9. O prestador somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente contratados, quando autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde e efetivamente prestados.

#### 4 – ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES E PREÇO DA CONTRATAÇÃO

### TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DAS NEVES.

TABELA 1 - HOSPITAL - MEDICO PLANTONISTA						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	MEDICO CLINICO	PLANTÃO	MAC - Média e Alta Complexidades			
CNES - UNIDADE		TIPO	Quantidade Hora/Mensal	Valor Hora	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
2602598 - HOSPITAL MUNICIPAL DR HERCULANO FARIA NETO		HOSPITALAR	2232	R\$ 100,00	R\$ 223.200,00	R\$ 2.678.400,00

TABELA 2 - HOSPITAL - Equipe Multiprofissional FISIOTERAPEUTA GERAL						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	FISIOTERAPEUTA GERAL	PLANTÃO	MAC - Média e Alta Complexidades			
CNES - UNIDADE		TIPO	Quantidade Hora/Mensal	Valor Hora	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
2602598 - HOSPITAL MUNICIPAL DR HERCULANO FARIA NETO		HOSPITALAR	400	R\$ 26,00	R\$ 10.400,00	R\$ 124.800,00

TABELA 3 - Secretaria Municipal de Saude ASSISTENTE SOCIAL						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ASSISTENTE SOCIAL	30 HORAS	5	R\$ 3.100,00	R\$ 15.500,00	R\$ 186.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>5</b>	<b>R\$ 3.100,00</b>	<b>R\$ 15.500,00</b>	<b>R\$ 186.000,00</b>

TABELA 4 - MÉDICO AUTORIZADOR AIH						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	MEDICO CLINICO	20 HORAS	1	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 48.000,00</b>

TABELA 5 - MÉDICO REGULADOR						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	MEDICO REGULADOR	20 HORAS	1	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 48.000,00</b>

TABELA 6 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA						
<b>AVISO: ALGUMAS UNIDADES PODEM DISPOR DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MEDICOS, NESTE CASO A CONTRATAÇÃO SERA DE</b>						



ACORDO COM A NECESSIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	40 HORAS	ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA			
CNES - UNIDADE		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
1.1	4030389 - ESF SAO JOSE DO RIO GRANDE	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.2	4030397 - ESF CARIPARE	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.3	5694329 - ESF JARDILINO DOS SANTOS BOMFIM	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.4	5697115 - ESF ENTRONCAMENTO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.5	6711456 - ESF BARRA DO RIACHO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.6	6711472 - ESF ASSENTAMENTO RIO BRANCO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.7	7193645 - ESF AREIAS	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.8	7193653 - ESF PINTOR	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.9	7213913 - ESF JOSE BERNARDINO DE SOUZA	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.10	7244029 - ESF MAE VENANCIA	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.11	6570003 - UNIDADE SATELITE PAJEU DO GERAIS 3 dias na semana, necessário pernoitar na localidade devido a distancia	ESF	24 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 154.000,00</b>	<b>R\$ 1.848.000,00</b>

TABELA 7 - CIRURGIAO-DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	40 HORAS	ESB - Equipe de Saúde Bucal			
CNES - UNIDADE		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
1.1	4030389 - ESF SAO JOSE DO RIO GRANDE	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.2	4030397 - ESF CARIPARE	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.3	5694329 - ESF JARDILINO DOS SANTOS BOMFIM	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.4	5697115 - ESF ENTRONCAMENTO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.5	6711456 - ESF BARRA DO RIACHO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.6	6711472 - ESF ASSENTAMENTO RIO BRANCO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.7	7193645 - ESF AREIAS	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.8	7193653 - ESF PINTOR	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.9	7213913 - ESF JOSE BERNARDINO DE SOUZA	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.10	7244029 - ESF MAE VENANCIA	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.11	6570003 - UNIDADE SATELITE PAJEU DO GERAIS 3 dias na semana, necessário pernoitar na localidade devido a distancia	ESB	24 HORAS	1	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>	<b>R\$ 600.000,00</b>



**TABELA 8 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL - UOM**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	40 HORAS	UOM			
	<b>CNES - UNIDADE</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
	UOM	UOM	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00

**TABELA 9 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL - UNIDADES**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	40 HORAS	ESB - Equipe de Saúde Bucal			
	<b>CNES - UNIDADE</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
	TODAS AS UNIDADES	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00

**TABELA 10 - EMULTI - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - Profissionais aptos para eMulti	30 HORAS	EMULTI - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE			
	<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.1	NUTRICIONISTA	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.2	PSICOLOGO CLINICO	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.3	FISIOTERAPEUTA GERAL	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.5	FONOAUDIÓLOGO(A)	eMulti	30 HORAS	2	R\$ 3.500,00	R\$ 84.000,00
1.6	FARMACEUTICO	eMulti	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>15</b>	<b>R\$ 19.000,00</b>	<b>R\$ 567.600,00</b>

**TABELA 11 - EMAD**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - EMAD	Atenção Domiciliar	Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa			
	<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.1	MEDICO CLINICO	EMAD	20 HORAS	1	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>R\$ 7.000,00</b>	<b>R\$ 84.000,00</b>

**TABELA 12 - EMAP**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - EMAP	Atenção Domiciliar	Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa			
	<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.2	FISIOTERAPEUTA GERAL	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.3	NUTRICIONISTA	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.4	PSICOLOGO CLINICO	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>4</b>	<b>R\$ 12.400,00</b>	<b>R\$ 148.800,00</b>



**TABELA 13 - MÉDICO DO TRABALHO - JUNTA MÉDICA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	CONSULTAS MEDICO DO TRABALHO	Ambulatorial	100	R\$ 150,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
2	PERICIA MEDICO DO TRABALHO	Ambulatorial	30	R\$ 500,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 30.000,00</b>	<b>R\$ 360.000,00</b>

**TABELA 14 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	MEDICO PSIQUIATRA - SEDE	Ambulatorial	400	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
1	MEDICO PSIQUIATRA - ZONA RURAL (Localidades: São José do Rio Grande, Entroncamento e Cariparé)	Ambulatorial	400	R\$ 120,00	R\$ 48.000,00	R\$ 576.000,00
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
3	PSICOLOGO CLINICO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 6.200,00	R\$ 74.400,00
3	NEUROPSICOLOGO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
3	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>			<b>4</b>	<b>R\$ 9.300,00</b>	<b>R\$ 12.400,00</b>	<b>R\$ 148.800,00</b>

**TABELA 15 - Centros de Convivência e Cultura (CECO)**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - Profissionais aptos para CECO	30 HORAS	CECO			
Profissionais aptos para todas eMulti		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
1.1	EDUCADOR FISICO	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.2	PSICOLOGO CLINICO	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.3	FISIOTERAPEUTA GERAL	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.4	ARTES PLASTICAS	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
	MUSICO	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.5	FONOAUDIÓLOGO(A)	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
1.6	TERAPEUTA OCUPACIONAL	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 25.200,00</b>	<b>R\$ 414.000,00</b>

**TABELA 16 - Especialistas**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	Dermatologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
2	Alergologista	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
3	Cardiologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
4	Endocrinologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
5	Gastro	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
6	Ginecologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
7	Neurologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
8	Oftalmologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
9	Ortopedia	Ambulatorial	400	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00



10	Otorrino	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
11	Pediatria	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
12	Pneumologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
13	Psiquiatria	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
14	Psiquiatria Infantil	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
15	Urologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
16	C. Geral	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 115.000,00</b>	<b>R\$ 1.380.000,00</b>

**TABELA 17 - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - USG**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	USG	DIAGNOSTICO	240	R\$ 100,00	R\$ 24.000,00
2	USG com Doppler	DIAGNOSTICO	60	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
3	USG (Realizado na cidade com equipamento incluso)	DIAGNOSTICO	2400	R\$ 100,00	R\$ 240.000,00
4	USG - Movei (Equipamentos Proprio da Secretaria de Saude)	DIAGNOSTICO	4800	R\$ 100,00	R\$ 480.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 761.400,00</b>

**TABELA 18 - ROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - TOMOGRAFIA**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	ABDOME SUPERIOR (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
2	ABDOME INFERIOR/PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
3	ABDOME TOTAL (Abdome superior, pelve e retroperitônio) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
4	ANGIO TC DO ABDOME/ARTERIAL E AORTA RAMOS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
5	ANGIO-TC DE CRANIO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
6	ANGIO-TC MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
7	ANGIO-TC MEMBROS INFERIORES (BILATERAL) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
8	ANGIO-TC TÓRAX (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
9	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
10	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
11	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
12	APARELHO URINÁRIO	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
13	ARTICULAÇÃO (por articulação) PÉ, TORNOZELO, PERNA, JOELHO, COXA, QUADRIL, MÃO, PUNHO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, BRAÇO, OMBRO, CLAVÍCULA.	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
14	ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
15	BACIA	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
16	COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	DIAGNOSTICO	24	R\$	R\$ 12.000,00



	(CADA)			500,00	
17	CRÂNIO	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
18	ENTEROTOMOGRAFIA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
19	FACE OU SEIOS DA FACE	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
20	MANDIBULA/MAXILAR	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
21	MASTÓIDES/OSSOS TEMPORAIS	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
22	ÓRBITAS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
23	PESCOÇO (partes moles, laringe, tireóide e faringe) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
24	SELA TÚRCICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
25	TÓRAX	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
26	CONTRASTE TOMOGRAFIA (ABDOME / APARELHO URINARIO)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
27	CONTRASTE TOMOGRAFIA OUTROS EXAMES (EXCETO ABDOME)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 343.200,00</b>

**TABELA 19 - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - RESSONANCIA**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	ABDOME SUPERIOR(fígado, pâncreas,baço, rins, suprarenais, retroperitônio) (Incluir Contraste)	DIAGNOSTICO	50	R\$ 750,00	R\$ 37.500,00
2	ARTICULAR (por articulação) TORNOZELO, ANTEPÉ, PERNA, JOELHO, COXA,QUADRIL, BACIA, ANTEBRAÇO, COTOVELO, BRAÇO, CLAVÍCULA, OMBRO, PUNHO, MÃO	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
3	MASTÓIDE / OUVIDO / OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
4	ABDOME INFERIOR / PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
5	ABDOME TOTAL (Abdome superior, pelve e retroperitônio) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 750,00	R\$ 30.000,00
6	ANGIO - RM CRÂNIO - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
7	ANGIO - RM PELVE - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
8	ANGIO - RM PESCOÇO - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
9	ANGIO - RM TÓRAX - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
10	ANGIO- RM ABDOME SUPERIOR - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
11	ANGIO-RM DE ABDOME TOTAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
12	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
13	ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
14	APARELHO URINARIO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
15	ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
16	ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (Bilateral)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00



17	ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
18	COLANGIO-RM (HIDRO-RM/URO-RM) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
19	COLUNA CERVICAL, DORSAL, LOMBAR ou SACROCOCCIGEA (cada)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
20	CRÂNIO (ENCÉFALO)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
21	FACE (SEIOS DA FACE)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
22	ÓRBITA BILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
23	PESCOÇO (nasofaringe, orofaringe, laringe, traquéia, tireóide, paratireóide) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
24	PLEXO BRAQUIAL	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
25	RM SELA TURCICA (Hipófise) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
26	TÓRAX (mediastino, pulmão, parede torácica) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 750,00	R\$ 30.000,00
27	CONTRASTE DE RM	DIAGNOSTICO	40	R\$ 350,00	R\$ 14.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 575.400,00</b>

**TABELA 20 - Procedimentos**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	ESCANOMETRIA DIGITAL	DIAGNOSTICO	80	R\$ 335,00	R\$ 26.800,00
2	ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	DIAGNOSTICO	80	R\$ 350,00	R\$ 28.000,00
3	DENSITOMETRIA ÓSSEA	DIAGNOSTICO	80	R\$ 130,00	R\$ 10.400,00
4	MAMOGRAFIA	DIAGNOSTICO	1045	R\$ 150,00	R\$ 156.750,00
5	RAIO X COM LAUDO	DIAGNOSTICO	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
6	PACOTE DE DIÁRIA GLOBAL DE INTERNAÇÃO (DIÁRIA ADICIONAL)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 1.150,00	R\$ 46.000,00
8	COLONOSCOPIA	DIAGNOSTICO	40	R\$ 800,00	R\$ 32.000,00
9	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA / MULTIPROFISSIONAL	DIAGNOSTICO	40	R\$ 185,00	R\$ 7.400,00
10	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA / MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES INTERNADOS	DIAGNOSTICO	40	R\$ 380,00	R\$ 15.200,00
11	DIÁRIA AVULSA DE UTI PÓS-CIRURGIA	DIAGNOSTICO	5	R\$ 5.200,00	R\$ 26.000,00
12	PRICK TEST	DIAGNOSTICO	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
12	SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM UTI	DIAGNOSTICO	5	R\$ 1.843,00	R\$ 9.215,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 378.365,00</b>

**TABELA 21 - PROCEDIMENTOS DE OFTALMOLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	Plastica palpebral	HOSPITALAR	5	R\$ 1.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
2	Exeresse de Tumor de conjuntiva	AMBULATORIAL	5	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
3	Capsulotomia a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00	R\$ 21.000,00
4	Iridotomia a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 450,00	R\$ 2.250,00	R\$ 27.000,00
5	Exeresse de calásio	AMBULATORIAL	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
6	Panfotocoagulação a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00



7	Correção de triquiase por eletrólise	AMBULATORIAL	5	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
8	Retinografia	DIAGNOSTICO	5	R\$ 150,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
9	Campimetria computadorizada	DIAGNOSTICO	5	R\$ 150,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
10	Tomografia de coerência óptica	DIAGNOSTICO	5	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00	R\$ 21.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 26.250,00</b>	<b>R\$ 315.000,00</b>

**TABELA 22 - PROCEDIMENTOS DE OTORRINO**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	Naso	AMBULATORIAL	5	R\$ 200,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
2	Vector	AMBULATORIAL	2	R\$ 400,00	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
3	Audiometria (Total, Imitanciometria)	AMBULATORIAL	10	R\$ 170,00	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
4	Consulta Fonoaudiologa	AMBULATORIAL	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 7.500,00</b>	<b>R\$ 90.000,00</b>

**TABELA 23 - PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ECO	AMBULATORIAL	30	R\$ 220,00	R\$ 6.600,00	R\$ 79.200,00
2	MAPA (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
3	HOLTER (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
4	TESTE ERGOMETRICO	AMBULATORIAL	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00
5	ECG (Obrigatoriamente executado no município no mesmo dia da Consulta Cardiologica)	AMBULATORIAL	30	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 22.200,00</b>	<b>R\$ 266.400,00</b>

**TABELA 24 - PROCEDIMENTOS DE NEUROLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ENMG (Por membro)	AMBULATORIAL	4	R\$ 500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
2	EEG (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
3	P300	AMBULATORIAL	5	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
4	BERA	AMBULATORIAL	5	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5	POLISSONOGRAMA	AMBULATORIAL	5	R\$ 370,00	R\$ 1.850,00	R\$ 22.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 8.000,00</b>	<b>R\$ 96.000,00</b>

**TABELA 25 - PROCEDIMENTOS DE GASTRO**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	EDA + biopsia	AMBULATORIAL	30	R\$ 350,00	R\$ 10.500,00	R\$ 126.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 10.500,00</b>	<b>R\$ 126.000,00</b>

**TABELA 26 - PROGRAMAS E PALESTRAS**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Valor Total Mensal
1	PROGRAMA HANSENIASE	AMBULATORIAL	R\$ 3.000,00
2	CURSOS, PALESTRAS OU TREINAMENTOS	-	R\$ 2.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 5.000,00</b>



**TABELA 27 - LABORATORIO MUNICIPAL**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR	30 HORAS	LABORATORIO MUNICIPAL			
	<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>	<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
	BIOMEDICO		30 HORAS	1	R\$ 2.900,00	R\$ 34.800,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 2.901,00</b>	<b>R\$ 34.812,00</b>

**TABELA 28 - Cirurgias  
(Incluso Médico, Anestesia e Enfermaria)**

ITEM		Descrição	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	CIRURGIAS GINECOLOGICAS E OBSTETRICAS	CESARIANA	Hospitalar	30	R\$ 9.700,00	R\$ 291.000,00
2		CESARIANA + LAQUEADURA	Hospitalar	30	R\$ 10.500,00	R\$ 315.000,00
3		LAQUEADURA TUBÁRIA	Hospitalar	40	R\$ 6.600,00	R\$ 264.000,00
4		CURETAGEM	Hospitalar	40	R\$ 6.500,00	R\$ 260.000,00
5		EXÉRESE CISTO OVÁRIO/OOFORECTOMIA	Hospitalar	40	R\$ 9.700,00	R\$ 388.000,00
6		HISTERECTOMIA ABDOMINAL	Hospitalar	60	R\$ 11.500,00	R\$ 690.000,00
7		HISTERECTOMIA + ANEXECTOMIA	Hospitalar	60	R\$ 12.500,00	R\$ 750.000,00
8		HISTERECTOMIA VAGINAL	Hospitalar	60	R\$ 11.900,00	R\$ 714.000,00
9		MIOMECTOMIA UTERINA	Hospitalar	40	R\$ 9.800,00	R\$ 392.000,00
10		PERINEOPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR	Hospitalar	40	R\$ 7.900,00	R\$ 316.000,00
11		SALPINGECTOMIA UNILATERAL/BILATERAL	Hospitalar	30	R\$ 8.600,00	R\$ 258.000,00
12		BARTHOLINECTOMIA/CISTO DE BARTHOLIN/CISTO VAGINAL	Hospitalar	30	R\$ 6.500,00	R\$ 195.000,00
13		CAUTERIZAÇÃO/EXERESE DE CONDILOMA	Hospitalar	20	R\$ 6.500,00	R\$ 130.000,00
14		COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR + POSTERIOR	Hospitalar	40	R\$ 8.100,00	R\$ 324.000,00
15		LEEP / CONIZAÇÃO/TRAQUELECTOMIA	Hospitalar	40	R\$ 6.000,00	R\$ 240.000,00
16		FISTULA URETRIVAGINAL	Hospitalar	40	R\$ 8.700,00	R\$ 348.000,00
17		HISTEROSCOPIA DIAG	Hospitalar	20	R\$ 6.800,00	R\$ 136.000,00
18		HISTEROSCOPIA CIRURGICA	Hospitalar	20	R\$ 7.500,00	R\$ 150.000,00
19		INSERÇÃO DE DIU	Hospitalar	30	R\$ 6.000,00	R\$ 180.000,00
20		CIRURGIAS UROLOGICAS	VARICOCELE UNILATERAL	Hospitalar	15	R\$ 5.900,00
21	VARICOCELE BILATERAL		Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00
22	PROSTATECTOMIA ABERTA		Hospitalar	15	R\$ 12.900,00	R\$ 193.500,00
23	PROSTATECTOMIA RADICAL		Hospitalar	15	R\$ 14.900,00	R\$ 223.500,00
24	RTU PRÓSTATA		Hospitalar	25	R\$ 12.900,00	R\$ 322.500,00
	HOSPITAL CENTRAL		Hospitalar	15	R\$ 12.900,00	R\$ 193.500,00
	HOSPITAL COTEFI		Hospitalar	10	R\$ 12.900,00	R\$ 129.000,00
25	POSTECTOMIA		Hospitalar	15	R\$ 6.000,00	R\$ 90.000,00
26	VASECTOMIA	Hospitalar	15	R\$ 4.900,00	R\$ 73.500,00	



27		FRENOLOPLASTIA / PLASTIA DO PREPÚCIO	Hospitalar	15	R\$ 5.900,00	R\$ 88.500,00
28		HIDROCELECTOMIA	Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00
29		CISTOSTOMIA ABERTA	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
30		HIOSPADIA 1º TEMPO	Hospitalar	10	R\$ 8.600,00	R\$ 86.000,00
31		HIOSPADIA 2º TEMPO	Hospitalar	10	R\$ 9.200,00	R\$ 92.000,00
32		INSERÇÃO DUPLO J	Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00
33		URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA	Hospitalar	15	R\$ 17.500,00	R\$ 262.500,00
34		URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXIVEL	Hospitalar	15	R\$ 18.300,00	R\$ 274.500,00
35	CIRURGIAS GERAIS	HEMORROIDECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
36		APENDICECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
37		COLECISTECTOMIA ABERTA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
38		COLECISTECTOMIA POR VIDEO	Hospitalar	10	R\$ 12.800,00	R\$ 128.000,00
39		HERNIORRAFIA UMBILICAL	Hospitalar	10	R\$ 8.000,00	R\$ 80.000,00
40		HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
41		HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	Hospitalar	10	R\$ 10.800,00	R\$ 108.000,00
42		HERNIORRAFIA INCISIONAL	Hospitalar	10	R\$ 10.800,00	R\$ 108.000,00
43		HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
44		HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEO	Hospitalar	10	R\$ 12.800,00	R\$ 128.000,00
45		REPARAÇÃO DE OUTROS HERNIOPLASTIAS	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
46		BIÓPSIA DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
47		BIÓPSIA DE PELE	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
48		BIÓPSIA DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS	Hospitalar	10	R\$ 6.900,00	R\$ 69.000,00
49		BIÓPSIA DE PARTES MOLES	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
50		DEBRIDAMENTO DE ÚLCERAS/ TECIDOS DESVITALIZADOS	Hospitalar	10	R\$ 6.900,00	R\$ 69.000,00
51		ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	Hospitalar	10	R\$ 6.000,00	R\$ 60.000,00
52		EXÉRESE CISTO SEBÁCEO / LIPOMA / TUMOR DE PELE E ANEXOS	Hospitalar	10	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
53		EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS A MUCOSA	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00
54		EXCISÃO E SUTURAS DE HEMANGIOMA OU NEVUS	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00
55	FRENECTOMIA / FRENOTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00	
56	TIREIOECTOMIA TOTAL	Hospitalar	10	R\$ 14.900,00	R\$ 149.000,00	
57	TIREIOECTOMIA PARCIAL	Hospitalar	10	R\$ 11.900,00	R\$ 119.000,00	
58	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	Hospitalar	10	R\$ 10.900,00	R\$ 109.000,00	
59	ORUGLAS OTORRINO	ADENOAMIGDALECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
60		AMIGDALECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
61		ADENOIDECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
62		SEPTOPLASTIA ADULTO	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00



63		TURBINECTOMIA/ TIMPANOTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
64		SINUSECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
65		TIMPANOPLASTIA COM ANESTESIA GERAL UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
66		TIMPANOPLASTIA COM SEDAÇÃO UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
67	CIRURGIAS ORTOPEDIA (Incluso OPME/Material Especial)	ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA MENISCO	Hospitalar	15	R\$ 16.900,00	R\$ 253.500,00
68		LCA	Hospitalar	15	R\$ 17.900,00	R\$ 268.500,00
69		LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
70		CIRURGIA DE FRATURA DE CLAVICULA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
71		OSTEOSINTESE DE TORNOZELO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
72		CIRURGIA DE FRATURA DE PERNA/ TIBIA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
73		FRATURA DE TORNOZELO-BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
74		OSTEOSINTESE DE PUNHO	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
75		CISTO SINOVIAL	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
76		CIRURGIA OSTEOSINTE DE BRAÇO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
77		CIRURGIA DE FRATURA DE PATELA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
78		CIRURGIA DE FRATURA DE PÉ	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
79		TENORRAFIA	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
80		FRATURA DE FIBULA - MALEOLO LATERAL	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
81		FRATURA ANTEPÉ (RETROPE/ANTEPE / MATATARSO)	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
82		OSTEOMIELITE DE TORNOZELO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
83		NEUROMA	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
84		AMPUTAÇÃO DO DEDO	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
85		OSTEOSSINTESE PODODACTILO (DEDO PE)	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
86		RETIRADA DE MATERIAL SINTESE MEMBRO SUPERIOR	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
87		RETIRADA MATERIAL SINTESE MEMBRO INFERIOR	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
88		FRATURA DE QUADRIL / ACETABULO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
89		TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MANGUITO ROTADOR (ARTROSCOPIA / MINIOPEN OMBRO)	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
90		FRATURA / LUXAÇÃO DE OMBRO	Hospitalar	15	R\$ 12.800,00	R\$ 192.000,00
91		RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS CLAVICULA / OMBRO	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
92		FRATURA CLAVICULA / LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULA	Hospitalar	15	R\$ 12.300,00	R\$ 184.500,00
93		FRATURA UMEMO / OSTEOSSINTESE/ DIAFISARA / PROXIMAL	Hospitalar	15	R\$ 12.300,00	R\$ 184.500,00



94		FRATURA ANTEBRAÇO / RADIO / ULNA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
95		FIBROSE PALMAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
96		FRATURA/ OSTEOSSINTESE PUNHO E MAO	Hospitalar	15	R\$ 10.800,00	R\$ 162.000,00
97		FRATURA FEMUR / OSTEOSSINTESE/ DIAFISARIA	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
98		FRATURA FEMUR FIXADOR EXTERNO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
99		PSEUDOARTROSE FEMUR / ENXERT OSSEO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
100	CIRURGIAS MASTOLOGISTA	NODULO MAMA UNILATERAL	Hospitalar	5	R\$ 9.500,00	R\$ 47.500,00
101		NODULO MAMA BILATERAL	Hospitalar	5	R\$ 11.800,00	R\$ 59.000,00
102		EXER. DE NODULO DE MAMA COM GERAL	Hospitalar	5	R\$ 9.800,00	R\$ 49.000,00
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 17.520.000,00</b>

**TABELA 29 - Diagnóstico em Laboratório Clínico  
(Coleta in loco, com material incluso)**

ITEM	EXAME	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	DETERMINAÇÃO COMPLEMENTO (CH50)	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
2	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	LABORATORIO	400	R\$ 44,55	R\$ 17.820,00
3	DOSAGEM DE CORTISOL	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
4	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	LABORATORIO	150	R\$ 27,00	R\$ 4.050,00
5	DOSAGEM DE ESTRIOL	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
6	DOSAGEM DE IMOGLOBINA A IGA	LABORATORIO	100	R\$ 27,00	R\$ 2.700,00
7	DOSAGEM DE POTASSIO (K)	LABORATORIO	120	R\$ 15,21	R\$ 1.825,20
8	DOSAGEM DE PROGESTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
9	EXAME COPROCOLOGICO FUNCIONAL	LABORATORIO	50	R\$ 90,00	R\$ 4.500,00
10	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CÉRVICO -VAGINAL E DE MAMA)	LABORATORIO	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
11	CITOLOGICO DE LÍQUIDOS (CADA LÂMINA)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
12	PESQ. ANTIC IGG E IGM CONTRA ANTIG CENTRAL DO VÍRUS DA HEP B	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
13	(ANTI - HBC -TOTAL)	LABORATORIO	20	R\$ 34,20	R\$ 684,00
14	PESQUISA DE ANTIRCOPOS ANTI - SS-B (LA)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
15	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	LABORATORIO	20	R\$ 16,20	R\$ 324,00
16	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORES HORMONAIIS (MAMA E ENDOMETRIO - MAXIMO 02 EXAMES POR PACIENTE)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
17	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DE MAMA -PECA CIRURGICA	LABORATORIO	20	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
18	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (SUMARIO DE URINA, EAS)	LABORATORIO	400	R\$ 13,95	R\$ 5.580,00
19	ANTIBETA 2 GLIVOPROTEINA I-IGG (SOMENTE PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
20	ANTIBETA 2 GLIVOPROTEINA I-IGM (SOMENTE PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
21	BACTEREIOSCOPIA (GRAM) SECREÇÕES DIVERSAS (URETRAL, VAGINAL, ETC)	LABORATORIO	120	R\$ 13,50	R\$ 1.620,00
22	CLEARANCE DE CREATININA	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
23	CLEARANCE DE FOSFATO	LABORATORIO	40	R\$ 22,50	R\$ 900,00
24	CLEARANCE DE UREIA	LABORATORIO	40	R\$ 10,80	R\$ 432,00



25	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL	LABORATORIO	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
26	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
27	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
28	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
29	DOSAGEM DE ACIDO VALPRICO	LABORATORIO	200	R\$ 36,00	R\$ 7.200,00
30	DOSAGEM DE ALDOLASE	LABORATORIO	40	R\$ 19,80	R\$ 792,00
31	DOSAGEM DE ALFA -1- GLICOPROTEINA ÁCIDA	LABORATORIO	80	R\$ 19,80	R\$ 1.584,00
32	DOSAGEM DE ALFA - FETOPROTEINA	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
33	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	LABORATORIO	40	R\$ 36,00	R\$ 1.440,00
34	DOSAGEM DE ANTÍGENIO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
35	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	50	R\$ 36,00	R\$ 1.800,00
36	DOSAGEM DE BARBITURATOS-FENOBARBITAL	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
37	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	LABORATORIO	80	R\$ 17,55	R\$ 1.404,00
38	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
39	DOSAGEM DE CAROTENO	LABORATORIO	20	R\$ 72,00	R\$ 1.440,00
40	DOSAGEM DE CLORETO	LABORATORIO	50	R\$ 14,40	R\$ 720,00
41	DOSAGEM DE COBRE	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
42	DOSAGEM DE COLINESTERASE	LABORATORIO	50	R\$ 19,80	R\$ 990,00
43	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	LABORATORIO	120	R\$ 18,00	R\$ 2.160,00
44	DOSAGEM DE CREATINOFOFOQUINASE (CPK)	LABORATORIO	120	R\$ 24,75	R\$ 2.970,00
45	DOSAGEM DE CRETINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	80	R\$ 19,80	R\$ 1.584,00
46	DOSAGEM DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	LABORATORIO	120	R\$ 27,00	R\$ 3.240,00
47	DOSAGEM DE DESIDOGENASE LÁTICA	LABORATORIO	120	R\$ 27,00	R\$ 3.240,00
48	DOSAGEM DE ESTRADIOL	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
49	DOSAGEM DE ESTRONA	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
50	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	50	R\$ 90,00	R\$ 4.500,00
51	DOSAGEM DE FERRITINA	LABORATORIO	240	R\$ 34,20	R\$ 8.208,00
52	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
53	DOSAGEM DE FOLATO	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
54	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
55	DOSAGEM DE GLICOSE -6- FOSFATO DESITROGENASE	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
56	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSBORDORA DE TIROXINA (TGB)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
57	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA GLICOSILANA (HBAA1C)	LABORATORIO	240	R\$ 29,25	R\$ 7.020,00
58	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	LABORATORIO	20	R\$ 25,20	R\$ 504,00
59	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO - ESTIMULANTE (FSH)	LABORATORIO	240	R\$ 29,70	R\$ 7.128,00
60	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE(LH)	LABORATORIO	240	R\$ 29,70	R\$ 7.128,00
61	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	LABORATORIO	240	R\$ 31,50	R\$ 7.560,00
62	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
63	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
64	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
65	DOSAGEM DE INSULINA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
66	DOSAGEM DE LACTATO	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
67	DOSAGEM LÍTIO	LABORATORIO	80	R\$ 20,70	R\$ 1.656,00



68	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	LABORATORIO	80	R\$ 17,10	R\$ 1.368,00
69	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	LABORATORIO	240	R\$ 34,20	R\$ 8.208,00
70	DOSAGEM DE OXALATO	LABORATORIO	50	R\$ 63,00	R\$ 3.150,00
71	DOSAGEM DE PEPTÍDIO C	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
72	DOSAGEM DE PROLACTINA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
73	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	40	R\$ 72,00	R\$ 2.880,00
74	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	40	R\$ 207,00	R\$ 8.280,00
75	DOSAGEM DE RENINA	LABORATORIO	40	R\$ 63,00	R\$ 2.520,00
76	DOSAGEM DE SÓDIO	LABORATORIO	120	R\$ 14,40	R\$ 1.728,00
77	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
78	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	LABORATORIO	200	R\$ 27,00	R\$ 5.400,00
79	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	LABORATORIO	40	R\$ 162,00	R\$ 6.480,00
80	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
81	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
82	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	LABORATORIO	240	R\$ 20,70	R\$ 4.968,00
83	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
84	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
85	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
86	DOSAGEM DE VITAMINA B12	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
87	DOSAGEM DE ZINCO	LABORATORIO	240	R\$ 36,00	R\$ 8.640,00
88	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	LABORATORIO	80	R\$ 27,00	R\$ 2.160,00
89	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	LABORATORIO	80	R\$ 7,20	R\$ 576,00
90	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	LABORATORIO	200	R\$ 27,00	R\$ 5.400,00
91	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA (MATERIAL OBTIDO POR PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA OU POR BIOPSIA/EXERESE CIRURGICA)	LABORATORIO	40	R\$ 99,00	R\$ 3.960,00
92	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA (MATERIAL OBTIDO POR BIOPSIA DO COLO UTERINO, INCLUSIVE PÓLIPO ENDOCERVICAL)	LABORATORIO	40	R\$ 99,00	R\$ 3.960,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
94	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	LABORATORIO	240	R\$ 39,38	R\$ 9.450,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	LABORATORIO	240	R\$ 39,33	R\$ 9.439,20
96	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 27,00	R\$ 2.160,00
97	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN - BARR	LABORATORIO	80	R\$ 90,00	R\$ 7.200,00
99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	LABORATORIO	250	R\$ 36,00	R\$ 9.000,00
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
102	PESQUISA DE ANTITRYPANOSOMA CRUZI	LABORATORIO	240	R\$ 39,38	R\$ 9.450,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS - DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA	LABORATORIO	20	R\$ 810,00	R\$ 16.200,00



104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 33,75	R\$ 2.700,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	LABORATORIO	80	R\$ 33,75	R\$ 2.700,00
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN - BARR	LABORATORIO	20	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	LABORATORIO	240	R\$ 36,00	R\$ 8.640,00
108	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
109	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
110	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
111	PESQUISA DE CÉLULAS LE	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
112	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALÉRGENO-ESPECÍFICA	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
113	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	LABORATORIO	240	R\$ 11,25	R\$ 2.700,00
114	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	LABORATORIO	200	R\$ 20,25	R\$ 4.050,00
115	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA (HAI-HEMAGLUTINAÇÃO)	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
116	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) - COOMBS DIRETO	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
117	TESTE FTA - ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
118	TESTE FTA - ABS IGM P/DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
119	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) - COOMBS INDIRETO	LABORATORIO	200	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00
120	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	LABORATORIO	80	R\$ 90,00	R\$ 7.200,00
121	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
122	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	LABORATORIO	300	R\$ 54,00	R\$ 16.200,00
123	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
124	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	LABORATORIO	400	R\$ 13,95	R\$ 5.580,00
125	DOSAGEM DE ALFA -1- ANTITRIPSINA	LABORATORIO	400	R\$ 17,10	R\$ 6.840,00
126	DOSAGEM DE AMILASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
127	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
128	DOSAGEM DE CÁLCIO	LABORATORIO	400	R\$ 12,38	R\$ 4.950,00
129	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
130	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	LABORATORIO	400	R\$ 22,95	R\$ 9.180,00
131	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
132	DOSAGEM DE CREATININA	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
133	CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
134	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	LABORATORIO	400	R\$ 28,35	R\$ 11.340,00
135	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
136	DOSAGEM DE FÓSFORO	LABORATORIO	400	R\$ 16,88	R\$ 6.750,00
137	DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
138	DOSAGEM DE GAMA - GLUTAMIL - TRANSFERASE (GAMA GT)	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
139	DOSAGEM DE GLICOSE	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
140	INTRADERMORREACÇÃO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	LABORATORIO	400	R\$ 360,00	R\$ 144.000,00
141	DOSAGEM DE LIPASE	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
142	DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
143	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	LABORATORIO	400	R\$ 12,60	R\$ 5.040,00



144	DOSAGEM DE PROTEINAS E FRACOES (ALBUMINA/GLOBULINA)	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
145	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
146	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
147	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
148	DOSAGEM DE UREA	LABORATORIO	400	R\$ 13,05	R\$ 5.220,00
149	ELETOFORESE DE LIPOPROTEINAS	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
150	CONTAGEM DE PLAQUETAS	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
151	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	LABORATORIO	400	R\$ 25,20	R\$ 10.080,00
152	DETERMINAÇÃO DE SULFO- HEMOGLOBINA	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
153	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
154	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
155	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
156	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	LABORATORIO	400	R\$ 28,35	R\$ 11.340,00
157	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
158	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
159	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
160	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
161	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
162	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA - INSTABILIDADE A 370C	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
163	ERITROGRAMA (ERITROCITO, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
164	HEMATÓCRITO	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
165	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	LABORATORIO	400	R\$ 2.610,00	R\$ 1.044.000,00
166	LEUCOGRAMA	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
167	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S (FALCEMIA)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
168	PROVA DE RETRACAO DO COÁGULO	LABORATORIO	400	R\$ 6,30	R\$ 2.520,00
169	PROVA DO LAÇO	LABORATORIO	400	R\$ 6,30	R\$ 2.520,00
170	DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL (APENAS PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
171	DOSAGEM DE PROTEÍNA S FUNCIONAL (APENAS PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 207,00	R\$ 82.800,00
172	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
173	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
174	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	LABORATORIO	400	R\$ 11,25	R\$ 4.500,00
175	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	LABORATORIO	400	R\$ 8,10	R\$ 3.240,00
176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGG	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGM	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HIV-1 (WESTERN BLOT)	LABORATORIO	400	R\$ 180,00	R\$ 72.000,00
179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SCHISTOSOMAS	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	LABORATORIO	400	R\$ 45,00	R\$ 18.000,00



182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
183	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA (IGG)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	LABORATORIO	400	R\$ 31,50	R\$ 12.600,00
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
188	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA)	LABORATORIO	400	R\$ 765,00	R\$ 306.000,00
189	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA - HERPES ZOSTER	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
190	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
191	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA - HERPES ZOSTER	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
192	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
193	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (VDRL)	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
194	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES (VDRL GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
195	DOSAGEM DE TROPONINA (TESTE RÁPIDO)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
196	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I - IGG (SÓ PARA GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
197	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2- GLICOPROTEÍNA I - IGM (SÓ PARA GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
198	GORDURA FECAL DOSAGEM	LABORATORIO	400	R\$ 23,40	R\$ 9.360,00
199	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
200	PESQUISA DE GORDURA FECAL	LABORATORIO	400	R\$ 23,40	R\$ 9.360,00
201	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (BAERMAN)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
202	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
203	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
204	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
205	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES (PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
206	DOSAGEM DE CITRATO	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
207	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
208	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	LABORATORIO	400	R\$ 225,00	R\$ 90.000,00
209	DOSAGEM DE 17-ALFA- HIDROXIPROGESTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
210	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
211	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
213	DOSAGEM DE PARATORMONIO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
214	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
215	TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	LABORATORIO	400	R\$ 45,00	R\$ 18.000,00



216	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
217	DOSAGEM DE ALUMINIO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
218	DOSAGEM DE FENITOINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
219	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
220	ANTIBIOGRAMA	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
221	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) ESCARRO	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
222	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE) LINFA	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
223	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	LABORATORIO	400	R\$ 29,25	R\$ 11.700,00
224	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIREITO)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
225	HEMOCULTURA	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
226	DOSAGEM DE FRUTOSE	LABORATORIO	400	R\$ 8,10	R\$ 3.240,00
227	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
228	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO (GRUPO SANGUNEO-ABO)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
229	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) – FATOR RH	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
230	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA (RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DO UTERO, COM OU SEM ESVAZIAMENTO LINFATICO)	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
231	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
232	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
233	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
234	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	LABORATORIO	400	R\$ 351,00	R\$ 140.400,00
235	HEMOGRAMA COMPLETO	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
236	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR E NO MAXIMO 06 POR PACIENTE)	LABORATORIO	400	R\$ 855,00	R\$ 342.000,00
237	PESQ DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
238	PESQ DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
239	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
240	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	LABORATORIO	400	R\$ 29,70	R\$ 11.880,00
241	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	LABORATORIO	400	R\$ 29,70	R\$ 11.880,00
241	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- DNA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
243	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGG	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
244	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGM	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
245	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	LABORATORIO	400	R\$ 33,75	R\$ 13.500,00
246	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HTLV-1 + HTLV-2	LABORATORIO	400	R\$ 40,50	R\$ 16.200,00
247	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (AAM)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
248	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO LISO	LABORATORIO	400	R\$ 40,50	R\$ 16.200,00



249	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO - FAN	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
250	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI - SM	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
251	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SS-A (RO)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
252	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA (AAT)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
253	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
254	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
255	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
256	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
257	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
258	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
259	DOSAGEM DE ALDOLASE	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
260	DOSAGEM DE ALFA-1- GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
261	DOSAGEM DE ALFA - FETOPROTEÍNA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
262	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
263	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
264	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
265	DOSAGEM DE BARBITURATOS - FENOBARBITAL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
266	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
267	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
268	DOSAGEM DE CAROTENO	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
269	DOSAGEM DE CLORETO	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
270	DOSAGEM DE COBRE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
271	DOSAGEM COLINESTERASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
272	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
273	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
274	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
275	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
276	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
277	DOSAGEM DE ESTRADIOL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
278	DOSAGEM DE ESTRONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
279	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
280	DOSAGEM DE FERRITINA	LABORATORIO	400	R\$ 34,20	R\$ 13.680,00
281	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
282	DOSAGEM DE FOLATO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
283	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
284	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
285	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TGB)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
286	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbaA1c)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
287	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	LABORATORIO	400	R\$ 25,20	R\$ 10.080,00
288	DOSAGEM DE HERMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00



289	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
290	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
292	CITOLOGIA ONCÓTICA	LABORATORIO	5000	R\$ 62,50	R\$ 312.500,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 5.430.094,40</b>

**Valor total: R\$ R\$ 34.686.071,40** (trinta e quatro milhões seiscentos e oitenta e seis mil e setenta e um reais e quarenta centavos).

## 5 – LEVANTAMENTO DE MERCADO

O levantamento de mercado foi realizado por meio da análise de valores praticados em contratos semelhantes em outros municípios, onde tema foi levado para conselho Municipal de Saúde deste Município. Foi gerada uma ata com os valores e carga horaria de cada profissional, que será anexado no processo. Também foram consideradas as experiências de gestões anteriores no âmbito do próprio município.

Constatou-se que o modelo de **credenciamento** tem sido amplamente utilizado por diversos entes públicos para viabilizar a contratação de profissionais de saúde em áreas onde há escassez ou alta rotatividade de mão de obra. Este modelo permite a formação de uma rede de prestadores que atendam conforme demanda, respeitando os parâmetros técnicos e orçamentários definidos pela administração pública.

A prestação de serviços na área da saúde pública exige disponibilidade imediata de profissionais habilitados e em quantidade suficiente para atender à demanda da população de Riachão das Neves – BA. A dificuldade na fixação de determinados especialistas, aliada à oscilação na demanda por atendimentos, reforça a necessidade de um modelo mais flexível e eficiente.

O **credenciamento** permite atender com maior agilidade e eficiência os pacientes da rede pública municipal, ao mesmo tempo em que garante a qualidade dos serviços mediante critérios técnicos bem definidos no edital e no termo de referência. A modalidade também assegura ampla publicidade e igualdade de condições para todos os profissionais interessados em prestar serviços ao município.

Do ponto de vista econômico, o credenciamento se mostra vantajoso por possibilitar a contratação sob demanda, ou seja, o município remunerará apenas os serviços efetivamente prestados. Isso reduz o risco de ociosidade e evita despesas com encargos trabalhistas típicos de vínculos empregatícios formais.

Além disso, por não se tratar de uma contratação exclusiva ou de fornecimento contínuo com valor fixo, o credenciamento proporciona controle mais eficiente dos gastos públicos, compatibilizando a execução orçamentária com a real necessidade da população.

Diante do exposto, e considerando o levantamento de mercado realizado, conclui-se que a modalidade de credenciamento para contratação de **MÉDICO PLANTONISTA**,



**MÉDICO PSF, MÉDICO ADMINISTRATIVO, DENTISTA, PROFISSIONAIS EQUIPE E-MULTI ESPECIALIDADES, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS** é a mais adequada sob os aspectos técnico, econômico e jurídico para atender às necessidades da Rede Municipal de Saúde de Riachão das Neves – BA.

## **6 - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

A presente contratação por **credenciamento de profissionais da área da saúde** tem como objetivo assegurar a prestação contínua, eficiente e humanizada de serviços de atenção à saúde no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Riachão das Neves – BA.

Os serviços serão executados de forma presencial, nas unidades de saúde do município, conforme escala e demanda estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer em regime de plantão ou atendimento ambulatorial.

Os profissionais deverão atender aos seguintes requisitos:

- Estar devidamente registrados nos respectivos conselhos de classe;
- Comprovar formação e habilitação específica para o exercício da função pretendida;
- Possuir disponibilidade compatível com as escalas de atendimento definidas pela Secretaria de Saúde;
- Apresentar, quando exigido, documentação atualizada relativa a especializações, cursos ou experiências compatíveis com o serviço a ser prestado.

Contudo, os profissionais devem garantir a continuidade e regularidade dos serviços, bem como o zelo pela adequada utilização de instrumentos, equipamentos e infraestrutura disponibilizados pelo município, comprometendo-se a comunicar imediatamente qualquer ocorrência que comprometa o desempenho de suas atividades.

O município, por sua vez, será responsável por prover os meios adequados para a execução dos serviços, incluindo locais apropriados de atendimento, insumos e materiais de uso coletivo.

A qualidade da prestação dos serviços será avaliada continuamente por meio de relatórios mensais, supervisão técnica das unidades de saúde e controle de produtividade. Casos de descumprimento contratual, negligência ou conduta inadequada serão apurados e poderão resultar em descredenciamento.

## **8 – JUSTIFICATIVA PARA PARCELAMENTO**

8.1. Verifica-se que a natureza do objeto da licitação condiciona tecnicamente ao não parcelamento do objeto, uma vez que, o parcelamento poderia gerar complicações e comprometer o resultado final dos trabalhos, bem como haveria significativa dificuldade para a fiscalização e garantia dos serviços executados.



8.2. É serviço e não aquisição, sendo assim o serviço é feito em conformidade com o solicitado e a demanda da Secretaria de Saúde.

## **9 – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS**

9.1 A contratação, por meio de credenciamento de profissionais da saúde, tem como finalidade principal ampliar e qualificar o atendimento oferecido à população no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Riachão das Neves – BA, por meio da oferta contínua, humanizada e especializada de serviços.

9.2 Melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, especialmente nas especialidades em que há carência de profissionais em diversas especialidades. Redução do tempo de espera por atendimentos, consultas, procedimentos e acompanhamentos, por meio do aumento da capacidade de atendimento das unidades de saúde municipais;

**9.3** Fortalecimento da atenção básica e da atenção especializada, assegurando cobertura multiprofissional qualificada com atuação de médicos clínicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, educadores físicos, odontólogos, entre outros;

**9.4** Garantia da continuidade dos serviços de saúde, mesmo diante de vacâncias de cargos efetivos ou limitações de concursos públicos, mantendo a regularidade dos atendimentos;

**9.5** Promoção da equidade e da integralidade do cuidado, com foco na resolutividade dos serviços e na melhoria dos indicadores de saúde pública;

**9.6** Aprimoramento da gestão pública, com controle mais eficiente dos recursos aplicados, já que o pagamento será efetuado exclusivamente pelos serviços efetivamente prestados;

**9.7** Melhoria na satisfação dos usuários do SUS no município, por meio da ampliação da oferta, da qualidade do atendimento e do respeito às especificidades de cada área profissional.

## **10 – PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS AO CONTRATO**

10.1. Ao adotar a contratação através de credenciamento de médicos e profissionais da Saúde para atender a Secretaria de Saúde, várias providências precisam ser tomadas para garantir o sucesso e a eficácia desse processo.

10.2. Definição de Critérios de Credenciamento: Estabeleça critérios claros e transparentes para o credenciamento dos profissionais da Saúde. Isso pode incluir requisitos de qualificação, documentação fiscal e trabalhista.

10.3 Realização de Processo de Seleção: Realize um processo de seleção aberto e competitivo para credenciar os provedores de serviços de saúde. Isso pode envolver a publicação de editais, a avaliação de propostas e a análise de documentos de habilitação.

10.4 Negociação de Contratos: Negocie contratos claros e abrangentes com os provedores credenciados, estabelecendo os termos e condições de prestação de serviços, incluindo remuneração, padrões de qualidade, metas de desempenho,



responsabilidades e prazos.

10.5. Monitoramento e Fiscalização: Implemente um sistema robusto de monitoramento e fiscalização para acompanhar o desempenho dos provedores credenciados. Isso pode incluir auditorias regulares, inspeções in loco, análise de indicadores de qualidade e satisfação do paciente.

10.6 Sistema de Informação Integrado: Estabeleça um sistema de informação integrado para facilitar a comunicação e o compartilhamento de dados entre os provedores credenciados e a Secretaria de Saúde. Isso pode incluir sistemas eletrônicos de prontuário médico, agendamento de consultas.

10.7. Gestão de Riscos e Emergências: Desenvolva planos de contingência e protocolos de gestão de riscos e emergências para lidar com situações adversas que possam surgir durante a prestação de serviços de saúde.

10.8 Comunicação e Engajamento: Mantenha uma comunicação aberta e transparente com a comunidade local, informando sobre os serviços de saúde disponíveis, os procedimentos de credenciamento e os canais de acesso aos cuidados profissionais.

10.9 Ao adotar essas providências, a Secretaria de Saúde estará melhor preparada para realizar a contratação através de credenciamento de serviços de saúde na região distante da capital, garantindo assim o acesso adequado e a qualidade dos cuidados médicos para a população atendida.

## **12 – IMPACTOS AMBIENTAIS**

A presente contratação de serviços de profissionais de saúde, por meio de credenciamento, possui impactos ambientais indiretos e localizados, relacionados principalmente à geração de resíduos sólidos e ao consumo de recursos durante a prestação dos serviços.

Entre os principais impactos potenciais, destacam-se:

- Geração de resíduos de serviços de saúde (RSS), tais como materiais perfurocortantes, resíduos infectantes, medicamentos vencidos ou parcialmente utilizados, EPIs descartáveis e outros resíduos contaminados;
- Consumo de recursos naturais e energéticos, como energia elétrica, água e materiais descartáveis utilizados em procedimentos clínicos;
- Uso e descarte de embalagens e materiais hospitalares que, se não geridos adequadamente, podem gerar passivos ambientais.

Medidas mitigadoras e requisitos ambientais:

Para minimizar os impactos ambientais da contratação, deverão ser adotadas as seguintes medidas:

1. Gestão adequada dos resíduos de serviços de saúde (RSS), conforme a RDC ANVISA nº 222/2018 e a Resolução CONAMA nº 358/2005, com separação, acondicionamento, armazenamento e destinação final apropriados;
2. Orientação e fiscalização quanto ao uso racional de materiais e insumos, com incentivo ao reaproveitamento seguro de materiais não descartáveis e ao uso de

itens recicláveis ou biodegradáveis sempre que possível;

3. Adoção de práticas sustentáveis nas unidades de saúde, como uso de lâmpadas LED, equipamentos com selo de eficiência energética, controle de consumo de água e energia, e manutenção preventiva de sistemas;
4. Logística reversa, quando aplicável, para o descarte de equipamentos, medicamentos vencidos ou inutilizados e insumos, em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010).

Assim, mesmo se tratando de contratação de serviços, serão exigidas boas práticas ambientais, tanto nas atividades diretamente realizadas pelos profissionais quanto no suporte operacional das unidades de saúde, com o objetivo de garantir a sustentabilidade das ações públicas e o respeito ao meio ambiente.

### **13 - VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO**

Conforme estabelece o inciso XIII do §1º do art. 18 da Lei nº 14.133/2021, apresenta-se o posicionamento conclusivo quanto à viabilidade e adequação da contratação, considerando o atendimento da necessidade pública que se pretende suprir.

A presente contratação, por meio de credenciamento de profissionais da área da saúde, visa suprir a demanda crescente e contínua por atendimentos especializados e generalistas no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Riachão das Neves – BA, especialmente diante da escassez de profissionais efetivos, da rotatividade de mão de obra em determinadas especialidades, e da necessidade de ampliação da cobertura assistencial à população.

Trata-se de solução viável, eficaz e adequada à natureza do serviço a ser prestado, considerando:

- A diversidade das especialidades envolvidas, que exigem profissionais com formação, habilitação e atribuições específicas;
- A necessidade de prestação sob demanda, com flexibilidade na alocação dos profissionais conforme a realidade local;
- A possibilidade de contratação simultânea de múltiplos prestadores, garantindo maior capilaridade e continuidade dos serviços, sem sobrecarga de atendimento;
- A vantagem econômica do modelo de credenciamento, que possibilita o pagamento apenas pelos serviços efetivamente prestados, sem vínculo empregatício ou custos fixos mensais;
- A aderência ao interesse público, ao permitir a ampliação da assistência em saúde, a melhoria dos indicadores de saúde e a satisfação dos usuários do SUS no município.

Assim, conclui-se que a contratação por credenciamento é plenamente viável, necessária e juridicamente adequada, atendendo de forma satisfatória à finalidade



pública a que se destina, em conformidade com os princípios da legalidade, eficiência, economicidade e interesse público.

#### 14. **GERENCIAMENTO DE RISCOS**

Neste Mapa de Riscos incluem apenas riscos que fazem parte da etapa de Formalização da Contratação.



<b>RISCO 1: Selecionar equipe inadequada para o planejamento da contratação.</b>	
<b>Probabilidade</b>	(X) Baixa ( ) Média ( ) Alta
<b>Impacto:</b>	(X) Baixa ( ) Média ( ) Alta
<b>Dano</b>	
Realizar estudo falho, incompleto ou impreciso, podendo ocasionar prejuízos na contratação.	
<b>Ação Preventiva</b>	<b>Responsável</b>
Utilizar pesquisa de mercado para análise de valores praticados.	Equipe de planejamento
<b>Ação de Contingência</b>	<b>Responsável</b>
Verificar comprovantes de pagamentos oriundos de contratações em outros Municípios.	Equipe de planejamento

<b>RISCO 2: Estimativa de preço inadequada</b>	
<b>Probabilidade</b>	(X) Baixa  ( ) Média ( ) Alta
<b>Impacto:</b>	( ) Baixa ( ) Média (X) Alta
<b>Dano</b>	



Realizar a contratação sem que haja a verificação de valores praticados no mercado, ocasionando em proposta de preço ser superior ao praticado no mercado.

<b>Ação Preventiva</b>	<b>Responsável</b>
Escolher equipe com conhecimentos suficientes para os estudos em tempo hábil para que não haja prejuízos durante a fase.	Equipe de planejamento
<b>Ação de Contingência</b>	<b>Responsável</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Substituir membros da equipe de planejamento que não estejam tendo rendimento.</li><li>- Designar membros com mais experiência em contratações.</li></ul>	Equipe de planejamento

### **RISCO 3: Atraso na conclusão da licitação**

<b>Probabilidade</b>	(X) Baixa ( ) Média ( ) Alta
<b>Impacto:</b>	( ) Baixa ( ) Média (X) Alta
<b>Dano</b>	
Não atendimento à demanda no prazo necessário, prejudicando os serviços da atividade fim e meio, principalmente ao cumprimento de prazos de atos institucionais que implicam no andamento dos processos judiciais.	
<b>Ação Preventiva</b>	<b>Responsável</b>



Na abertura do processo licitatório, prevendo-se necessidade de frequentes respostas a recursos, impugnações e pedidos de esclarecimentos, solicitar antecipadamente a disponibilidade dos setores demandantes para pronta-resposta.	Agente de contratação e Equipe de Apoio e Equipe de planejamento
<b>Ação de Contingência</b>	<b>Responsável</b>
Formação de equipe multidisciplinar de pronto-emprego para agilidade nas respostas.	Agente de contratação e Equipe de Apoio e Equipe de planejamento

<b>RISCO 4: Falta de recursos financeiros da Unidade Gestora para cumprimento das obrigações contratuais.</b>	
<b>Probabilidade</b>	(X) Baixa ( ) Média ( ) Alta
<b>Impacto:</b>	( ) Baixa ( ) Média ( X ) Alta
<b>Dano</b>	
A empresa não receber pelo fornecimento, prejudicando a execução do contrato.	
<b>Ação Preventiva</b>	<b>Responsável</b>
Solicitar a reserva de dotação financeira.	SECRETÁRIA DE SAÚDE
<b>Ação de Contingência</b>	<b>Responsável</b>



Providenciar complementação de recursos para cumprimento das obrigações contratuais.	SECRETÁRIA DE SAÚDE
--	---------------------

Riachão da Neves-BA, 21 de janeiro de 2026.

---

Rosangela Meneses de Melo Bomfim  
Secretária Municipal de Saúde

## **ANEXO II TERMO DE REFERÊNCIA**

### **FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

---

Lei nº. 14133/2021.

#### **1. O OBJETO**

**1.1** Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves.

#### **2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:**

Considerando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que dispõe que a saúde é direito

de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Visando garantir o acesso universal e integral e possibilitando a população uma maior proximidade aos serviços de saúde, o município possui uma rede de atendimento composta por vinte e duas (23) unidades de saúde em funcionamento, além do hospital municipal, o que acarreta em um aumento significativo em solicitações de consultas médicas especializadas, exames e cirurgias de baixa e média complexidade.

É notório que a prestação de serviços a nível primário e de média complexidade tem sido prioritariamente oferecida à população do município de Riachão das Neves-BA, sendo assim é imprescindível que a oferta destes serviços seja contínua, proporcionando aos usuários do Sistema Único de Saúde acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde, como garante a Carta Magna. Para consecução desses objetivos, há necessidade de se estabelecer e de suplementar os trabalhos desenvolvidos pelos estabelecimentos de saúde da Administração Municipal, em



virtude da inexistência de profissionais no corpo próprio do Município que desempenhem atividades de serviços na área da Saúde.

A quantidade solicitada de serviços, deve-se a necessidade de profissionais comprometidos, que se façam presentes diariamente no Município. A contratação desses profissionais para atuação nos ESF, UBS, Apoiador da Atenção Básica – Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância

Sanitária, CAPS, Farmácia básica, SAMU, são essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

A presença desses profissionais qualificados contribui significativamente para o fortalecimento prestação de serviços de nível primário, baixa e média complexidade, bem como para a adequação da assistência da Saúde Pública, garantindo um atendimento mais eficiente, humanizado e resolutivo. As unidades de atendimento tem como objetivo promover a saúde preventiva e a continuidade do atendimento à população, sendo essencial a presença de médicos para realizar o acompanhamento de doenças crônicas, prevenção de doenças, orientação às famílias e apoio à comunidade.

Nesse contexto, o sistema do credenciamento traz algumas praticidades à Administração Pública, pois, evidentemente, desburocratiza suas ações com a diminuição do número de procedimentos licitatórios e melhor aproveita os recursos públicos, vez que o preço a ser pago pela prestação do serviço estará previamente definido no próprio ato de chamamento da Administração Pública. Outrossim, importante registrar que o procedimento de credenciamento atende as regras de publicidade e eficiência, consoante os princípios expressos pelo artigo 37, *caput* da Constituição Federal.

Nesse cenário, surge o sistema de credenciamento como um procedimento que viabiliza a contratação pública, quando inexigível a licitação, em razão da possibilidade de se eleger inúmeros particulares para contratar com a Administração. Considerando que o Município incumbe a missão constitucionalmente orientada de promover a saúde e garantir o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, seja qual for o nível de complexidade.

Tendo em vista ser uma obrigação das três esferas da federação, foi criado o Sistema Único de Saúde, que prevê a descentralização e regionalização das ações de saúde e as formas de seu financiamento, com a criação de Fundos Públicos com transferências obrigatórias para o gerenciamento dos gastos em saúde pública, conforme previsto nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal.

Considerando que o Município não disponibiliza de servidores efetivos aptos para prestar os serviços pleiteados no edital, sendo necessária a contratação desses profissionais especializado para realização dos atendimentos, exames e demais serviços cobertos pelo SUS. O credenciamento permite que os serviços sejam prestados por todos os prestadores de serviços habilitados, havendo assim maior disponibilidade para atendimento da demanda.

Considerando que a grande maioria dos munícipes depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde por não possuírem condições financeiras de arcar com procedimentos/tratamentos médicos, e entendendo que a falta destes serviços pode acarretar em danos à saúde da população. Considerando que os profissionais Médicos, Dentista, Profissionais Equipe de Multi Especialidades, Procedimentos De



Especialidades, Diagnóstico Por Imagem Cirurgias, Exames Laboratoriais são essenciais para o atendimento das diversas demandas relacionadas à saúde dos munícipes, assim sendo, a contratação de empresas para a prestação destes serviços é indispensável, como fator primordial nos atendimentos realizados nas Unidades de Saúde deste município.

Considerando que os exames complementares tem a finalidade de fornecer informações que vão além dos dados colhidos por meio da anamnese e do exame físico realizado pelo profissional de saúde, e são de grande importância, uma vez que são solicitados para oferecer subsídio ou responder à necessidade de alguma investigação clínica, seja ela diagnóstica, prognóstica, para determinar ou alterar condutas médicas.

Faz-se necessário a abertura de Edital de Chamamento Público para fins de CREDENCIAMENTO de profissionais da área da Saúde, Pessoas Físicas e/ou Jurídica, a fim de assegurar os atendimentos às necessidades dos pacientes na rede Municipal de Saúde de Riachão das Neves – BA.

### 3. DA ESPECIFICAÇÃO E VALOR:

#### TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DAS NEVES.

TABELA 1 - HOSPITAL - MEDICO PLANTONISTA						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	MEDICO CLINICO	PLANTÃO	MAC - Média e Alta Complexidades			
CNES - UNIDADE		TIPO	Quantidade Hora/Mensal	Valor Hora	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
2602598 - HOSPITAL MUNICIPAL DR HERCULANO FARIA NETO		HOSPITALAR	2232	R\$ 100,00	R\$ 223.200,00	R\$ 2.678.400,00

TABELA 2 - HOSPITAL - Equipe Multiprofissional FISIOTERAPEUTA GERAL						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	FISIOTERAPEUTA GERAL	PLANTÃO	MAC - Média e Alta Complexidades			
CNES - UNIDADE		TIPO	Quantidade Hora/Mensal	Valor Hora	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
2602598 - HOSPITAL MUNICIPAL DR HERCULANO FARIA NETO		HOSPITALAR	400	R\$ 26,00	R\$ 10.400,00	R\$ 124.800,00

TABELA 3 - Secretaria Minicipal de Saude ASSISTENTE SOCIAL						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ASSISTENTE SOCIAL	30 HORAS	5	R\$ 3.100,00	R\$ 15.500,00	R\$ 186.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>5</b>	<b>R\$ 3.100,00</b>	<b>R\$ 15.500,00</b>	<b>R\$ 186.000,00</b>

TABELA 4 - MÉDICO AUTORIZADOR AIH						
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual



1	MEDICO CLINICO	20 HORAS	1	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 48.000,00</b>

**TABELA 5 - MÉDICO REGULADOR**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	MEDICO REGULADOR	20 HORAS	1	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 4.000,00</b>	<b>R\$ 48.000,00</b>

**TABELA 6 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA**

AVISO: ALGUMAS UNIDADES PODEM DISPOR DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MEDICOS, NESTE CASO A CONTRATAÇÃO SERA DE ACORDO COM A NECESSIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	40 HORAS	ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA			
<b>CNES - UNIDADE</b>		<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.1	4030389 - ESF SAO JOSE DO RIO GRANDE	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.2	4030397 - ESF CARIPARE	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.3	5694329 - ESF JARDILINO DOS SANTOS BOMFIM	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.4	5697115 - ESF ENTRONCAMENTO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.5	6711456 - ESF BARRA DO RIACHO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.6	6711472 - ESF ASSENTAMENTO RIO BRANCO	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.7	7193645 - ESF AREIAS	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.8	7193653 - ESF PINTOR	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.9	7213913 - ESF JOSE BERNARDINO DE SOUZA	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.10	7244029 - ESF MAE VENANCIA	ESF	40 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
1.11	6570003 - UNIDADE SATELITE PAJEU DO GERAIS 3 dias na semana, necessário pernoitar na localidade devido a distancia	ESF	24 HORAS	1	R\$ 14.000,00	R\$ 168.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 154.000,00</b>	<b>R\$ 1.848.000,00</b>

**TABELA 7 - CIRURGIAO-DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	40 HORAS	ESB - Equipe de Saúde Bucal			
<b>CNES - UNIDADE</b>		<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.1	4030389 - ESF SAO JOSE DO RIO GRANDE	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.2	4030397 - ESF CARIPARE	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.3	5694329 - ESF JARDILINO DOS SANTOS BOMFIM	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.4	5697115 - ESF ENTRONCAMENTO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.5	6711456 - ESF BARRA DO RIACHO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.6	6711472 - ESF ASSENTAMENTO RIO BRANCO	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.7	7193645 - ESF AREIAS	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.8	7193653 - ESF PINTOR	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.9	7213913 - ESF JOSE BERNARDINO DE SOUZA	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00



1.10	7244029 - ESF MAE VENANCIA	ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00
1.11	6570003 - UNIDADE SATELITE PAJEU DO GERAIS 3 dias na semana, necessário pernoitar na localidade devido a distancia	ESB	24 HORAS	1	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>	<b>R\$ 600.000,00</b>

**TABELA 8 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL - UOM**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	40 HORAS	UOM			
CNES - UNIDADE		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
UOM		UOM	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00

**TABELA 9 - CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL - UNIDADES**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	40 HORAS	ESB - Equipe de Saúde Bucal			
CNES - UNIDADE		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
TODAS AS UNIDADES		ESB	40 HORAS	1	R\$ 4.500,00	R\$ 54.000,00

**TABELA 10 - EMULTI - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - Profissionais aptos para eMulti	30 HORAS	EMULTI - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE			
Profissionais aptos para todas eMulti		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
1.1	NUTRICIONISTA	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.2	PSICOLOGO CLINICO	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.3	FISIOTERAPEUTA GERAL	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	eMulti	30 HORAS	3	R\$ 3.100,00	R\$ 111.600,00
1.5	FONOAUDIÓLOGO(A)	eMulti	30 HORAS	2	R\$ 3.500,00	R\$ 84.000,00
1.6	FARMACEUTICO	eMulti	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>15</b>	<b>R\$ 19.000,00</b>	<b>R\$ 567.600,00</b>

**TABELA 11 - EMAD**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - EMAD	Atenção Domiciliar	Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa			
Profissionais aptos para todas eMulti		TIPO	HORAS SEMANAIS	Quantidade	Valor Mensal	VALOR ANUAL
1.1	MEDICO CLINICO	EMAD	20 HORAS	1	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>R\$ 7.000,00</b>	<b>R\$ 84.000,00</b>

**TABELA 12 - EMAP**



**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - EMAP	Atenção Domiciliar	Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa			
<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>		<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.2	FISIOTERAPEUTA GERAL	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.3	NUTRICIONISTA	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.4	PSICOLOGO CLINICO	EMAP	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>4</b>	<b>R\$ 12.400,00</b>	<b>R\$ 148.800,00</b>

**TABELA 13 - MÉDICO DO TRABALHO - JUNTA MÉDICA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	CONSULTAS MEDICO DO TRABALHO	Ambulatorial	100	R\$ 150,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
2	PERICIA MEDICO DO TRABALHO	Ambulatorial	30	R\$ 500,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 30.000,00</b>	<b>R\$ 360.000,00</b>

**TABELA 14 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	MEDICO PSQUIATRA - SEDE	Ambulatorial	400	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
1	MEDICO PSQUIATRA - ZONA RURAL (Localidades: São José do Rio Grande, Entroncamento e Cariparé)	Ambulatorial	400	R\$ 120,00	R\$ 48.000,00	R\$ 576.000,00
ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	Quantidade	Valor Mensal	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
3	PSICOLOGO CLINICO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 6.200,00	R\$ 74.400,00
3	NEUROPSICOLOGO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
3	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>			<b>4</b>	<b>R\$ 9.300,00</b>	<b>R\$ 12.400,00</b>	<b>R\$ 148.800,00</b>

**TABELA 15 - Centros de Convivência e Cultura (CECO)**

**PROGRAMA EM FASE DE HABILITAÇÃO, PROFISSIONAIS EM FILA DE ESPERA**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR - Profissionais aptos para CECO	30 HORAS	CECO			
<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>		<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
1.1	EDUCADOR FISICO	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.2	PSICOLOGO CLINICO	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.3	FISIOTERAPEUTA GERAL	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.4	ASSISTENTE SOCIAL	CECO	30 HORAS	2	R\$ 3.100,00	R\$ 74.400,00
1.4	ARTES PLASTICAS	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
	MUSICO	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
1.5	FONOAUDIÓLOGO(A)	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
1.6	TERAPEUTA OCUPACIONAL	CECO	30 HORAS	1	R\$ 3.100,00	R\$ 37.200,00
<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>R\$ 25.200,00</b>	<b>R\$ 414.000,00</b>

**TABELA 16 - Especialistas**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
------	---------------	------------	-------------------	----------------	--------------------	-------------------



1	Dermatologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
2	Alergologista	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
3	Cardiologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
4	Endocrinologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
5	Gastro	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
6	Ginecologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
7	Neurologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
8	Oftalmologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
9	Ortopedia	Ambulatorial	400	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00	R\$ 480.000,00
10	Otorrino	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
11	Pediatria	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
12	Pneumologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
13	Psiquiatria	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
14	Psiquiatria Infantil	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
15	Urologia	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
16	C. Geral	Ambulatorial	50	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 115.000,00</b>	<b>R\$ 1.380.000,00</b>

**TABELA 17 - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - USG**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	USG	DIAGNOSTICO	240	R\$ 100,00	R\$ 24.000,00
2	USG com Doppler	DIAGNOSTICO	60	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
3	USG (Realizado na cidade com equipamento incluso)	DIAGNOSTICO	2400	R\$ 100,00	R\$ 240.000,00
4	USG - Movel (Equipamentos Proprio da Secretaria de Saude)	DIAGNOSTICO	4800	R\$ 100,00	R\$ 480.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 761.400,00</b>

**TABELA 18 - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - TOMOGRAFIA**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	ABDOME SUPERIOR (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
2	ABDOME INFERIOR/PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
3	ABDOME TOTAL (Abdome superior, pelve e retroperitônio) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
4	ANGIO TC DO ABDOME/ARTERIAL E AORTA RAMOS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
5	ANGIO-TC DE CRANIO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
6	ANGIO-TC MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
7	ANGIO-TC MEMBROS INFERIORES (BILATERAL) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
8	ANGIO-TC TÓRAX (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
9	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
10	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00



11	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 650,00	R\$ 15.600,00
12	APARELHO URINÁRIO	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
13	ARTICULAÇÃO (por articulação) PÉ, TORNOZELO, PERNA, JOELHO, COXA, QUADRIL, MÃO, PUNHO, ANTEBRAÇO, COTOVELO, BRAÇO, OMBRO, CLAVÍCULA.	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
14	ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
15	BACIA	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
16	COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR (CADA)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
17	CRÂNIO	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
18	ENTEROTOMOGRAFIA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
19	FACE OU SEIOS DA FACE	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
20	MANDIBULA/MAXILAR	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
21	MASTÓIDES/OSSOS TEMPORAIS	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
22	ÓRBITAS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
23	PESCOÇO (partes moles, laringe, tireóide e faringe) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
24	SELA TÚRCICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
25	TÓRAX	DIAGNOSTICO	24	R\$ 500,00	R\$ 12.000,00
26	CONTRASTE TOMOGRAFIA (ABDOME / APARELHO URINÁRIO)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
27	CONTRASTE TOMOGRAFIA OUTROS EXAMES (EXCETO ABDOME)	DIAGNOSTICO	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 343.200,00</b>

**TABELA 19 - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - RESSONANCIA**

ITEM	ESPECIALIDADE	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	ABDOME SUPERIOR(fígado, pâncreas,baço, rins, suprarenais, retroperitônio) (Incluir Contraste)	DIAGNOSTICO	50	R\$ 750,00	R\$ 37.500,00
2	ARTICULAR (por articulação) TORNOZELO, ANTEPÉ, PERNA, JOELHO, COXA,QUADRIL, BACIA, ANTEBRAÇO, COTOVELO, BRAÇO, CLAVÍCULA, OMBRO, PUNHO, MÃO	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
3	MASTÓIDE / OUVIDO / OSSOS TEMPORAIS BILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
4	ABDOME INFERIOR / PELVE (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
5	ABDOME TOTAL (Abdome superior, pelve e retroperitônio) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 750,00	R\$ 30.000,00
6	ANGIO - RM CRÂNIO - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
7	ANGIO - RM PELVE - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
8	ANGIO - RM PESCOÇO - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
9	ANGIO - RM TÓRAX - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
10	ANGIO- RM ABDOME SUPERIOR - ARTERIAL OU VENOSA (Incluir	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00



	contraste)				
11	ANGIO-RM DE ABDOME TOTAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
12	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
13	ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	20	R\$ 790,00	R\$ 15.800,00
14	APARELHO URINARIO (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
15	ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
16	ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (Bilateral)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
17	ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
18	COLANGIO-RM (HIDRO-RM/URO-RM) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
19	COLUNA CERVICAL, DORSAL, LOMBAR ou SACROCOCCIGEA(cada)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
20	CRÂNIO (ENCÉFALO)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
21	FACE (SEIOS DA FACE)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
22	ÓRBITA BILATERAL (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
23	PESCOÇO (nasofaringe, orofaringe, laringe, traquéia, tireóide, paratireóide) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
24	PLEXO BRAQUIAL	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
25	RM SELA TURCICA (Hipófise) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	30	R\$ 750,00	R\$ 22.500,00
26	TÓRAX (mediastino, pulmão, parede torácica) (Incluir contraste)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 750,00	R\$ 30.000,00
27	CONTRASTE DE RM	DIAGNOSTICO	40	R\$ 350,00	R\$ 14.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 575.400,00</b>

<b>TABELA 20 - Procedimentos</b>					
<b>ITEM</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>MODALIDADE</b>	<b>Quantidade Anual</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total Anual</b>
1	ESCANOMETRIA DIGITAL	DIAGNOSTICO	80	R\$ 335,00	R\$ 26.800,00
2	ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	DIAGNOSTICO	80	R\$ 350,00	R\$ 28.000,00
3	DENSITOMETRIA ÓSSEA	DIAGNOSTICO	80	R\$ 130,00	R\$ 10.400,00
4	MAMOGRAFIA	DIAGNOSTICO	1045	R\$ 150,00	R\$ 156.750,00
5	RAIO X COM LAUDO	DIAGNOSTICO	80	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00
6	PACOTE DE DIÁRIA GLOBAL DE INTERNAÇÃO (DIÁRIA ADICIONAL)	DIAGNOSTICO	40	R\$ 1.150,00	R\$ 46.000,00
8	COLONOSCOPIA	DIAGNOSTICO	40	R\$ 800,00	R\$ 32.000,00
9	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA / MULTIPROFISSIONAL	DIAGNOSTICO	40	R\$ 185,00	R\$ 7.400,00
10	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA / MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES INTERNADOS	DIAGNOSTICO	40	R\$ 380,00	R\$ 15.200,00
11	DIÁRIA AVULSA DE UTI PÓS-CIRURGIA	DIAGNOSTICO	5	R\$ 5.200,00	R\$ 26.000,00
12	PRICK TEST	DIAGNOSTICO	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
12	SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM UTI	DIAGNOSTICO	5	R\$ 1.843,00	R\$ 9.215,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 378.365,00</b>



**TABELA 21 - PROCEDIMENTOS DE OFTALMOLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	Plastica palpebral	HOSPITALAR	5	R\$ 1.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
2	Exerese de Tumor de conjuntiva	AMBULATORIAL	5	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
3	Capsulotomia a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00	R\$ 21.000,00
4	Iridotomia a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 450,00	R\$ 2.250,00	R\$ 27.000,00
5	Exerese de calásio	AMBULATORIAL	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
6	Panfotocoagulação a laser	DIAGNOSTICO	5	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00
7	Correção de triquiase por eletrólise	AMBULATORIAL	5	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
8	Retinografia	DIAGNOSTICO	5	R\$ 150,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
9	Campimetria computadorizada	DIAGNOSTICO	5	R\$ 150,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
10	Tomografia de coerência óptica	DIAGNOSTICO	5	R\$ 350,00	R\$ 1.750,00	R\$ 21.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 26.250,00</b>	<b>R\$ 315.000,00</b>

**TABELA 22 - PROCEDIMENTOS DE OTORRINO**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	Naso	AMBULATORIAL	5	R\$ 200,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
2	Vector	AMBULATORIAL	2	R\$ 400,00	R\$ 800,00	R\$ 9.600,00
3	Audiometria (Total, Imitancimetria)	AMBULATORIAL	10	R\$ 170,00	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
4	Consulta Fonoaudiologa	AMBULATORIAL	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 7.500,00</b>	<b>R\$ 90.000,00</b>

**TABELA 23 - PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ECO	AMBULATORIAL	30	R\$ 220,00	R\$ 6.600,00	R\$ 79.200,00
2	MAPA (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
3	HOLTER (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
4	TESTE ERGOMETRICO	AMBULATORIAL	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00	R\$ 43.200,00
5	ECG (Obrigatoriamente executado no município no mesmo dia da Consulta Cardiologica)	AMBULATORIAL	30	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 22.200,00</b>	<b>R\$ 266.400,00</b>

**TABELA 24 - PROCEDIMENTOS DE NEUROLOGIA**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
1	ENMG (Por membro)	AMBULATORIAL	4	R\$ 500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
2	EEG (Serviço Executado no Município)	AMBULATORIAL	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
3	P300	AMBULATORIAL	5	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
4	BERA	AMBULATORIAL	5	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
5	POLISSONOGRRAFIA	AMBULATORIAL	5	R\$ 370,00	R\$ 1.850,00	R\$ 22.200,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 8.000,00</b>	<b>R\$ 96.000,00</b>

**TABELA 25 - PROCEDIMENTOS DE GASTRO**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Quantidade Mensal	Valor Unitário	Valor Total Mensal	Valor Total Anual
------	--------------	------------	-------------------	----------------	--------------------	-------------------



1	EDA + biopsia	AMBULATORIAL	30	R\$ 350,00	R\$ 10.500,00	R\$ 126.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 10.500,00</b>	<b>R\$ 126.000,00</b>

**TABELA 26 - PROGRAMAS E PALESTRAS**

ITEM	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	Valor Total Mensal			
1	PROGRAMA HANSENIASE	AMBULATORIAL	R\$ 3.000,00			
2	CURSOS, PALESTRAS OU TREINAMENTOS	-	R\$ 2.000,00			
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 5.000,00</b>	

**TABELA 27 - LABORATORIO MUNICIPAL**

ITEM	PROFISSIONAL	MODALIDADE	PROGRAMA			
1	NIVEL SUPERIOR	30 HORAS	LABORATORIO MUNICIPAL			
<b>Profissionais aptos para todas eMulti</b>		<b>TIPO</b>	<b>HORAS SEMANAIS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>VALOR ANUAL</b>
	BIOMEDICO		30 HORAS	1	R\$ 2.900,00	R\$ 34.800,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 2.901,00</b>	<b>R\$ 34.812,00</b>

**TABELA 28 - Cirurgias  
(Incluso Médico, Anestesia e Enfermaria)**

ITEM		Descrição	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	CIRURGIAS GINECOLOGICAS E OBSTETRICAS	CESARIANA	Hospitalar	30	R\$ 9.700,00	R\$ 291.000,00
2		CESARIANA + LAQUEADURA	Hospitalar	30	R\$ 10.500,00	R\$ 315.000,00
3		LAQUEADURA TUBÁRIA	Hospitalar	40	R\$ 6.600,00	R\$ 264.000,00
4		CURETAGEM	Hospitalar	40	R\$ 6.500,00	R\$ 260.000,00
5		EXÉRESE CISTO OVÁRIO/OOFORECTOMIA	Hospitalar	40	R\$ 9.700,00	R\$ 388.000,00
6		HISTERECTOMIA ABDOMINAL	Hospitalar	60	R\$ 11.500,00	R\$ 690.000,00
7		HISTERECTOMIA + ANEXECTOMIA	Hospitalar	60	R\$ 12.500,00	R\$ 750.000,00
8		HISTERECTOMIA VAGINAL	Hospitalar	60	R\$ 11.900,00	R\$ 714.000,00
9		MIOMECTOMIA UTERINA	Hospitalar	40	R\$ 9.800,00	R\$ 392.000,00
10		PERINEOPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR	Hospitalar	40	R\$ 7.900,00	R\$ 316.000,00
11		SALPINGECTOMIA UNILATERAL/BILATERAL	Hospitalar	30	R\$ 8.600,00	R\$ 258.000,00
12		BARTHOLINECTOMIA/CISTO DE BARTHOLIN/CISTO VAGINAL	Hospitalar	30	R\$ 6.500,00	R\$ 195.000,00
13		CAUTERIZAÇÃO/EXERESE DE CONDILOMA	Hospitalar	20	R\$ 6.500,00	R\$ 130.000,00
14		COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR + POSTERIOR	Hospitalar	40	R\$ 8.100,00	R\$ 324.000,00
15		LEEP / CONIZAÇÃO/TRAQUELECTOMIA	Hospitalar	40	R\$ 6.000,00	R\$ 240.000,00
16		FISTULA URETRIVAGINAL	Hospitalar	40	R\$ 8.700,00	R\$ 348.000,00
17		HISTEROSCOPIA DIAG	Hospitalar	20	R\$ 6.800,00	R\$ 136.000,00
18		HISTEROSCOPIA CIRURGICA	Hospitalar	20	R\$ 7.500,00	R\$ 150.000,00
19		INSERÇÃO DE DIU	Hospitalar	30	R\$ 6.000,00	R\$ 180.000,00
20	CIRURGIAS UROLOGICAS	VARICOCELE UNILATERAL	Hospitalar	15	R\$ 5.900,00	R\$ 88.500,00
21		VARICOCELE BILATERAL	Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00



22		PROSTATECTOMIA ABERTA	Hospitalar	15	R\$ 12.900,00	R\$ 193.500,00
23		PROSTATECTOMIA RADICAL	Hospitalar	15	R\$ 14.900,00	R\$ 223.500,00
24		RTU PRÓSTATA	Hospitalar	25	R\$ 12.900,00	R\$ 322.500,00
		HOSPITAL CENTRAL	Hospitalar	15	R\$ 12.900,00	R\$ 193.500,00
		HOSPITAL COTEFI	Hospitalar	10	R\$ 12.900,00	R\$ 129.000,00
25		POSTECTOMIA	Hospitalar	15	R\$ 6.000,00	R\$ 90.000,00
26		VASECTOMIA	Hospitalar	15	R\$ 4.900,00	R\$ 73.500,00
27		FRENOLOPLASTIA / PLASTIA DO PREPÚCIO	Hospitalar	15	R\$ 5.900,00	R\$ 88.500,00
28		HIDROCELECTOMIA	Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00
29		CISTOSTOMIA ABERTA	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
30		HIOSPADIA 1º TEMPO	Hospitalar	10	R\$ 8.600,00	R\$ 86.000,00
31		HIOSPADIA 2º TEMPO	Hospitalar	10	R\$ 9.200,00	R\$ 92.000,00
32		INSERÇÃO DUPLO J	Hospitalar	15	R\$ 6.900,00	R\$ 103.500,00
33		URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA	Hospitalar	15	R\$ 17.500,00	R\$ 262.500,00
34		URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL	Hospitalar	15	R\$ 18.300,00	R\$ 274.500,00
35	CIRURGIAS GERAIS	HEMORROIDECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
36		APENDICECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
37		COLECISTECTOMIA ABERTA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
38		COLECISTECTOMIA POR VIDEO	Hospitalar	10	R\$ 12.800,00	R\$ 128.000,00
39		HERNIORRAFIA UMBILICAL	Hospitalar	10	R\$ 8.000,00	R\$ 80.000,00
40		HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
41		HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	Hospitalar	10	R\$ 10.800,00	R\$ 108.000,00
42		HERNIORRAFIA INCISIONAL	Hospitalar	10	R\$ 10.800,00	R\$ 108.000,00
43		HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
44		HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEO	Hospitalar	10	R\$ 12.800,00	R\$ 128.000,00
45		REPARAÇÃO DE OUTROS HERNIOPLASTIAS	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
46		BIÓPSIA DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
47		BIÓPSIA DE PELE	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
48		BIÓPSIA DE GÂNGLIOS LINFÁTICOS	Hospitalar	10	R\$ 6.900,00	R\$ 69.000,00
49		BIÓPSIA DE PARTES MOLES	Hospitalar	10	R\$ 6.500,00	R\$ 65.000,00
50		DEBRIDAMENTO DE ÚLCERAS/ TECIDOS DESVITALIZADOS	Hospitalar	10	R\$ 6.900,00	R\$ 69.000,00
51		ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	Hospitalar	10	R\$ 6.000,00	R\$ 60.000,00
52		EXÉRESE CISTO SEBÁCEO / LIPOMA / TUMOR DE PELE E ANEXOS	Hospitalar	10	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
53		EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS A MUCOSA	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00
54		EXCISÃO E SUTURAS DE HEMANGIOMA OU NEVUS	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00
55	FRENECTOMIA / FRENOTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00	



56		TIREIOECTOMIA TOTAL	Hospitalar	10	R\$ 14.900,00	R\$ 149.000,00
57		TIREIOECTOMIA PARCIAL	Hospitalar	10	R\$ 11.900,00	R\$ 119.000,00
58		LAPAROTOMIA EXPLORADORA	Hospitalar	10	R\$ 10.900,00	R\$ 109.000,00
59	ORURGLAS OTORRINO	ADENOAMIGDALECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
60		AMIGDALECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
61		ADENOIDECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
62		SEPTOPLASTIA ADULTO	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
63		TURBINECTOMIA/ TIMPANOTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
64		SINUSECTOMIA	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
65		TIMPANOPLASTIA COM ANESTESIA GERAL UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
66		TIMPANOPLASTIA COM SEDAÇÃO UNILATERAL	Hospitalar	10	R\$ 9.800,00	R\$ 98.000,00
67	CIRURGIAS ORTOPEDIA (Incluso OPME/Material Especial)	ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA MENISCO	Hospitalar	15	R\$ 16.900,00	R\$ 253.500,00
68		LCA	Hospitalar	15	R\$ 17.900,00	R\$ 268.500,00
69		LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
70		CIRURGIA DE FRATURA DE CLAVICULA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
71		OSTEOSINTESE DE TORNOZELO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
72		CIRURGIA DE FRATURA DE PERNA/ TIBIA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
73		FRATURA DE TORNOZELO-BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
74		OSTEOSINTESE DE PUNHO	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
75		CISTO SINOVIAL	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
76		CIRURGIA OSTEOSINTE DE BRAÇO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
77		CIRURGIA DE FRATURA DE PATELA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
78		CIRURGIA DE FRATURA DE PÉ	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
79		TENORRAFIA	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
80		FRATURA DE FIBULA – MALEOLO LATERAL	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
81		FRATURA ANTEPÉ (RETROPE/ANTEPE / MATATARSO)	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
82		OSTEOMIELITE DE TORNOZELO	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
83		NEUROMA	Hospitalar	15	R\$ 9.800,00	R\$ 147.000,00
84		AMPUTAÇÃO DO DEDO	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
85		OSTEOSSINTESE PODODACTILO (DEDO PE)	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
86		RETIRADA DE MATERIAL SINTESE MEMBRO SUPERIOR	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
87		RETIRADA MATERIAL SINTESE MEMBRO INFERIOR	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
88		FRATURA DE QUADRIL / ACETABULO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
89		TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MANGUITO ROTADOR (ARTROSCOPIA / MINIOPEN OMBRO)	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00



90		FRATURA / LUXAÇÃO DE OMBRO	Hospitalar	15	R\$ 12.800,00	R\$ 192.000,00
91		RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS CLAVICULA / OMBRO	Hospitalar	15	R\$ 7.900,00	R\$ 118.500,00
92		FRATURA CLAVICULA / LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULA	Hospitalar	15	R\$ 12.300,00	R\$ 184.500,00
93		FRATURA UMEMO / OSTEOSSINETESE/ DIAFISARA / PROXIMAL	Hospitalar	15	R\$ 12.300,00	R\$ 184.500,00
94		FRATURA ANTEBRAÇO / RADIO / ULNA	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
95		FIBROSE PALMAR	Hospitalar	15	R\$ 11.800,00	R\$ 177.000,00
96		FRATURA/ OSTEOSSINETESE PUNHO E MAO	Hospitalar	15	R\$ 10.800,00	R\$ 162.000,00
97		FRATURA FEMUR / OSTEOSSINETESE/ DIAFISARIA	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
98		FRATURA FEMUR FIXADOR EXTERNO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
99		PSEUDOARTROSE FEMUR / ENXERT OSSEO	Hospitalar	15	R\$ 15.900,00	R\$ 238.500,00
100	CIRURGIAS MASTOLOGISTA	NODULO MAMA UNILATERAL	Hospitalar	5	R\$ 9.500,00	R\$ 47.500,00
101		NODULO MAMA BILATERAL	Hospitalar	5	R\$ 11.800,00	R\$ 59.000,00
102		EXER. DE NODULO DE MAMA COM GERAL	Hospitalar	5	R\$ 9.800,00	R\$ 49.000,00
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 17.520.000,00</b>

**TABELA 29 - Diagnóstico em Laboratório Clínico  
(Coleta in loco, com material incluso)**

ITEM	EXAME	MODALIDADE	Quantidade Anual	Valor Unitário	Valor Total Anual
1	DETERMINAÇÃO COMPLEMENTO (CH50)	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
2	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	LABORATORIO	400	R\$ 44,55	R\$ 17.820,00
3	DOSAGEM DE CORTISOL	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
4	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	LABORATORIO	150	R\$ 27,00	R\$ 4.050,00
5	DOSAGEM DE ESTRIOL	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
6	DOSAGEM DE IMOGLOBINA A IGA	LABORATORIO	100	R\$ 27,00	R\$ 2.700,00
7	DOSAGEM DE POTASSIO (K)	LABORATORIO	120	R\$ 15,21	R\$ 1.825,20
8	DOSAGEM DE PROGESTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
9	EXAME COPROCOLOGICO FUNCIONAL	LABORATORIO	50	R\$ 90,00	R\$ 4.500,00
10	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CÉRVICO -VAGINAL E DE MAMA)	LABORATORIO	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
11	CITOLOGICO DE LÍQUIDOS (CADA LÂMINA)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
12	PESQ. ANTIC IGG E IGM CONTRA ANTIG CENTRAL DO VÍRUS DA HEP B	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
13	(ANTI - HBC -TOTAL)	LABORATORIO	20	R\$ 34,20	R\$ 684,00
14	PESQUISA DE ANTIRCOPOS ANTI - SS-B (LA)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
15	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	LABORATORIO	20	R\$ 16,20	R\$ 324,00
16	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORES HORMONAIIS (MAMA E ENDOMETRIO - MAXIMO 02 EXAMES POR PACIENTE)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
17	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DE MAMA -PECA CIRURGICA	LABORATORIO	20	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
18	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (SUMARIO DE URINA, EAS)	LABORATORIO	400	R\$ 13,95	R\$ 5.580,00



19	ANTIBETA 2 GLIVOPROTEINA I-IGG (SOMENTE PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
20	ANTIBETA 2 GLIVOPROTEINA I-IGM (SOMENTE PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
21	BACTEREIOSCOPIA (GRAM) SECREÇÕES DIVERSAS (URETRAL, VAGINAL, ETC)	LABORATORIO	120	R\$ 13,50	R\$ 1.620,00
22	CLEARANCE DE CREATININA	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
23	CLEARANCE DE FOSFATO	LABORATORIO	40	R\$ 22,50	R\$ 900,00
24	CLEARANCE DE UREIA	LABORATORIO	40	R\$ 10,80	R\$ 432,00
25	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL	LABORATORIO	20	R\$ 18,00	R\$ 360,00
26	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
27	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
28	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
29	DOSAGEM DE ACIDO VALPRICO	LABORATORIO	200	R\$ 36,00	R\$ 7.200,00
30	DOSAGEM DE ALDOLASE	LABORATORIO	40	R\$ 19,80	R\$ 792,00
31	DOSAGEM DE ALFA -1- GLICOPROTEINA ÁCIDA	LABORATORIO	80	R\$ 19,80	R\$ 1.584,00
32	DOSAGEM DE ALFA - FETOPROTEINA	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
33	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	LABORATORIO	40	R\$ 36,00	R\$ 1.440,00
34	DOSAGEM DE ANTÍGENIO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
35	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	50	R\$ 36,00	R\$ 1.800,00
36	DOSAGEM DE BARBITURATOS-FENOBARBITAL	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
37	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	LABORATORIO	80	R\$ 17,55	R\$ 1.404,00
38	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
39	DOSAGEM DE CAROTENO	LABORATORIO	20	R\$ 72,00	R\$ 1.440,00
40	DOSAGEM DE CLORETO	LABORATORIO	50	R\$ 14,40	R\$ 720,00
41	DOSAGEM DE COBRE	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
42	DOSAGEM DE COLINESTERASE	LABORATORIO	50	R\$ 19,80	R\$ 990,00
43	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	LABORATORIO	120	R\$ 18,00	R\$ 2.160,00
44	DOSAGEM DE CREATINOFOFOQUINASE (CPK)	LABORATORIO	120	R\$ 24,75	R\$ 2.970,00
45	DOSAGEM DE CRETINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	80	R\$ 19,80	R\$ 1.584,00
46	DOSAGEM DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	LABORATORIO	120	R\$ 27,00	R\$ 3.240,00
47	DOSAGEM DE DESIDOGENASE LÁTICA	LABORATORIO	120	R\$ 27,00	R\$ 3.240,00
48	DOSAGEM DE ESTRADIOL	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
49	DOSAGEM DE ESTRONA	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
50	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	50	R\$ 90,00	R\$ 4.500,00
51	DOSAGEM DE FERRITINA	LABORATORIO	240	R\$ 34,20	R\$ 8.208,00
52	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	LABORATORIO	50	R\$ 27,00	R\$ 1.350,00
53	DOSAGEM DE FOLATO	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
54	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
55	DOSAGEM DE GLICOSE -6- FOSFATO DESITROGENASE	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
56	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSBORDORA DE TIROXINA (TGB)	LABORATORIO	20	R\$ 27,00	R\$ 540,00
57	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA GLICOSILANA (HBAA1C)	LABORATORIO	240	R\$ 29,25	R\$ 7.020,00
58	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	LABORATORIO	20	R\$ 25,20	R\$ 504,00
59	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO - ESTIMULANTE (FSH)	LABORATORIO	240	R\$ 29,70	R\$ 7.128,00
60	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE(LH)	LABORATORIO	240	R\$ 29,70	R\$ 7.128,00



61	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	LABORATORIO	240	R\$ 31,50	R\$ 7.560,00
62	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
63	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
64	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
65	DOSAGEM DE INSULINA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
66	DOSAGEM DE LACTATO	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
67	DOSAGEM LÍTIO	LABORATORIO	80	R\$ 20,70	R\$ 1.656,00
68	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	LABORATORIO	80	R\$ 17,10	R\$ 1.368,00
69	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	LABORATORIO	240	R\$ 34,20	R\$ 8.208,00
70	DOSAGEM DE OXALATO	LABORATORIO	50	R\$ 63,00	R\$ 3.150,00
71	DOSAGEM DE PEPTÍDIO C	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
72	DOSAGEM DE PROLACTINA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
73	DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	40	R\$ 72,00	R\$ 2.880,00
74	DOSAGEM DE PROTEÍNA S FUNCIONAL (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	40	R\$ 207,00	R\$ 8.280,00
75	DOSAGEM DE RENINA	LABORATORIO	40	R\$ 63,00	R\$ 2.520,00
76	DOSAGEM DE SÓDIO	LABORATORIO	120	R\$ 14,40	R\$ 1.728,00
77	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
78	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	LABORATORIO	200	R\$ 27,00	R\$ 5.400,00
79	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	LABORATORIO	40	R\$ 162,00	R\$ 6.480,00
80	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
81	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	LABORATORIO	240	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
82	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	LABORATORIO	240	R\$ 20,70	R\$ 4.968,00
83	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
84	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
85	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	LABORATORIO	240	R\$ 22,50	R\$ 5.400,00
86	DOSAGEM DE VITAMINA B12	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
87	DOSAGEM DE ZINCO	LABORATORIO	240	R\$ 36,00	R\$ 8.640,00
88	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	LABORATORIO	80	R\$ 27,00	R\$ 2.160,00
89	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	LABORATORIO	80	R\$ 7,20	R\$ 576,00
90	ELETOFORESE DE PROTEÍNAS	LABORATORIO	200	R\$ 27,00	R\$ 5.400,00
91	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA (MATERIAL OBTIDO POR PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA OU POR BIOPSIA/EXERESE CIRURGICA)	LABORATORIO	40	R\$ 99,00	R\$ 3.960,00
92	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA (MATERIAL OBTIDO POR BIOPSIA DO COLO UTERINO, INCLUSIVE PÓLIPO ENDOCERVICAL)	LABORATORIO	40	R\$ 99,00	R\$ 3.960,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
94	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	LABORATORIO	240	R\$ 39,38	R\$ 9.450,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	LABORATORIO	240	R\$ 39,33	R\$ 9.439,20
96	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 27,00	R\$ 2.160,00
97	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN - BARR	LABORATORIO	80	R\$ 90,00	R\$ 7.200,00



99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	LABORATORIO	250	R\$ 36,00	R\$ 9.000,00
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	LABORATORIO	80	R\$ 36,00	R\$ 2.880,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
102	PESQUISA DE ANTITRYPANOSOMA CRUZI	LABORATORIO	240	R\$ 39,38	R\$ 9.450,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS - DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA	LABORATORIO	20	R\$ 810,00	R\$ 16.200,00
104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	LABORATORIO	80	R\$ 33,75	R\$ 2.700,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	LABORATORIO	80	R\$ 33,75	R\$ 2.700,00
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN - BARR	LABORATORIO	20	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	LABORATORIO	240	R\$ 36,00	R\$ 8.640,00
108	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	LABORATORIO	240	R\$ 33,75	R\$ 8.100,00
109	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
110	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
111	PESQUISA DE CÉLULAS LE	LABORATORIO	80	R\$ 25,20	R\$ 2.016,00
112	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALÉRGENO-ESPECÍFICA	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
113	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	LABORATORIO	240	R\$ 11,25	R\$ 2.700,00
114	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	LABORATORIO	200	R\$ 20,25	R\$ 4.050,00
115	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA (HAI-HEMAGLUTINAÇÃO)	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
116	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) - COOMBS DIRETO	LABORATORIO	80	R\$ 18,00	R\$ 1.440,00
117	TESTE FTA - ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
118	TESTE FTA - ABS IGM P/DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	LABORATORIO	80	R\$ 22,50	R\$ 1.800,00
119	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) - COOMBS INDIRETO	LABORATORIO	200	R\$ 18,00	R\$ 3.600,00
120	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAMA DE AMINOACIDOS	LABORATORIO	80	R\$ 90,00	R\$ 7.200,00
121	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	LABORATORIO	80	R\$ 54,00	R\$ 4.320,00
122	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	LABORATORIO	300	R\$ 54,00	R\$ 16.200,00
123	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
124	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	LABORATORIO	400	R\$ 13,95	R\$ 5.580,00
125	DOSAGEM DE ALFA -1- ANTITRIPSINA	LABORATORIO	400	R\$ 17,10	R\$ 6.840,00
126	DOSAGEM DE AMILASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
127	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
128	DOSAGEM DE CÁLCIO	LABORATORIO	400	R\$ 12,38	R\$ 4.950,00
129	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
130	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	LABORATORIO	400	R\$ 22,95	R\$ 9.180,00
131	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
132	DOSAGEM DE CREATININA	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
133	CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
134	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	LABORATORIO	400	R\$ 28,35	R\$ 11.340,00
135	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
136	DOSAGEM DE FÓSFORO	LABORATORIO	400	R\$ 16,88	R\$ 6.750,00
137	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00



138	DOSAGEM DE GAMA - GLUTAMIL - TRANSFERASE (GAMA GT)	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
139	DOSAGEM DE GLICOSE	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
140	INTRADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	LABORATORIO	400	R\$ 360,00	R\$ 144.000,00
141	DOSAGEM DE LIPASE	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
142	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
143	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	LABORATORIO	400	R\$ 12,60	R\$ 5.040,00
144	DOSAGEM DE PROTEINAS E FRACOES (ALBUMINA/GLOBULINA)	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
145	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
146	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
147	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	LABORATORIO	400	R\$ 12,15	R\$ 4.860,00
148	DOSAGEM DE UREIA	LABORATORIO	400	R\$ 13,05	R\$ 5.220,00
149	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
150	CONTAGEM DE PLAQUETAS	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
151	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	LABORATORIO	400	R\$ 25,20	R\$ 10.080,00
152	DETERMINAÇÃO DE SULFO- HEMOGLOBINA	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
153	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
154	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
155	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
156	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	LABORATORIO	400	R\$ 28,35	R\$ 11.340,00
157	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
158	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
159	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
160	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
161	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
162	DOSAGEM DE HEMOGLIBINA - INSTABILIDADE A 370C	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
163	ERITROGRAMA (ERITROCITO, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
164	HEMATÓCRITO	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
165	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	LABORATORIO	400	R\$ 2.610,00	R\$ 1.044.000,00
166	LEUCOGRAMA	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
167	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S (FALCEMIA)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
168	PROVA DE RETRACAO DO COÁGULO	LABORATORIO	400	R\$ 6,30	R\$ 2.520,00
169	PROVA DO LAÇO	LABORATORIO	400	R\$ 6,30	R\$ 2.520,00
170	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL (APENAS PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
171	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL (APENAS PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 207,00	R\$ 82.800,00
172	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
173	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	LABORATORIO	400	R\$ 16,20	R\$ 6.480,00
174	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	LABORATORIO	400	R\$ 11,25	R\$ 4.500,00
175	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	LABORATORIO	400	R\$ 8,10	R\$ 3.240,00
176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGG	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00



	PYLORI IGM				
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	LABORATORIO	400	R\$ 180,00	R\$ 72.000,00
179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SCHISTOSOMAS	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	LABORATORIO	400	R\$ 45,00	R\$ 18.000,00
182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
183	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA (IGG)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	LABORATORIO	400	R\$ 31,50	R\$ 12.600,00
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
188	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA)	LABORATORIO	400	R\$ 765,00	R\$ 306.000,00
189	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA - HERPES ZOSTER	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
190	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
191	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA - HERPES ZOSTER	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
192	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
193	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (VDRL)	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
194	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES (VDRL GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 13,50	R\$ 5.400,00
195	DOSAGEM DE TROPONINA (TESTE RÁPIDO)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
196	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I - IGG (SÓ PARA GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
197	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2- GLICOPROTEÍNA I - IGM (SÓ PARA GESTANTES)	LABORATORIO	400	R\$ 315,00	R\$ 126.000,00
198	GORDURA FECAL DOSAGEM	LABORATORIO	400	R\$ 23,40	R\$ 9.360,00
199	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
200	PESQUISA DE GORDURA FECAL	LABORATORIO	400	R\$ 23,40	R\$ 9.360,00
201	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (BAERMAN)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
202	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
203	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
204	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
205	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES (PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS)	LABORATORIO	400	R\$ 9,00	R\$ 3.600,00
206	DOSAGEM DE CITRATO	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
207	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
208	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	LABORATORIO	400	R\$ 225,00	R\$ 90.000,00
209	DOSAGEM DE 17-ALFA- HIDROXIPROGESTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
210	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00



211	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
213	DOSAGEM DE PARATORMONIO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
214	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
215	TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	LABORATORIO	400	R\$ 45,00	R\$ 18.000,00
216	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	LABORATORIO	400	R\$ 54,00	R\$ 21.600,00
217	DOSAGEM DE ALUMINIO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
218	DOSAGEM DE FENITOINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
219	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
220	ANTIBIOGRAMA	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
221	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) ESCARRO	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
222	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE) LINFA	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
223	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	LABORATORIO	400	R\$ 29,25	R\$ 11.700,00
224	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIREITO)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
225	HEMOCULTURA	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
226	DOSAGEM DE FRUTOSE	LABORATORIO	400	R\$ 8,10	R\$ 3.240,00
227	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
228	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO (GRUPO SANGUNEO-ABO)	LABORATORIO	400	R\$ 10,80	R\$ 4.320,00
229	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) – FATOR RH	LABORATORIO	400	R\$ 7,20	R\$ 2.880,00
230	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA (RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DO UTERO, COM OU SEM ESVAZIAMENTO LINFATICO)	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
231	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
232	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
233	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA	LABORATORIO	400	R\$ 81,00	R\$ 32.400,00
234	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	LABORATORIO	400	R\$ 351,00	R\$ 140.400,00
235	HEMOGRAMA COMPLETO	LABORATORIO	400	R\$ 20,25	R\$ 8.100,00
236	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR E NO MAXIMO 06 POR PACIENTE)	LABORATORIO	400	R\$ 855,00	R\$ 342.000,00
237	PESQ DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
238	PESQ DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	LABORATORIO	400	R\$ 28,80	R\$ 11.520,00
239	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO (SÓ PARA GESTANTE)	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
240	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	LABORATORIO	400	R\$ 29,70	R\$ 11.880,00
241	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	LABORATORIO	400	R\$ 29,70	R\$ 11.880,00
241	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- DNA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
243	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IGG	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00



244	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI IGM	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
245	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	LABORATORIO	400	R\$ 33,75	R\$ 13.500,00
246	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HTLV-1 + HTLV-2	LABORATORIO	400	R\$ 40,50	R\$ 16.200,00
247	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (AAM)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
248	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO LISO	LABORATORIO	400	R\$ 40,50	R\$ 16.200,00
249	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO - FAN	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
250	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI - SM	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
251	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SS-A (RO)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
252	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA (AAT)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
253	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
254	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
255	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	LABORATORIO	400	R\$ 63,00	R\$ 25.200,00
256	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
257	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
258	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
259	DOSAGEM DE ALDOLASE	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
260	DOSAGEM DE ALFA-1- GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
261	DOSAGEM DE ALFA - FETOPROTEÍNA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
262	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
263	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
264	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
265	DOSAGEM DE BARBITURATOS - FENOBARBITAL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
266	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
267	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
268	DOSAGEM DE CAROTENO	LABORATORIO	400	R\$ 72,00	R\$ 28.800,00
269	DOSAGEM DE CLORETO	LABORATORIO	400	R\$ 14,40	R\$ 5.760,00
270	DOSAGEM DE COBRE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
271	DOSAGEM COLINESTERASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
272	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	LABORATORIO	400	R\$ 18,00	R\$ 7.200,00
273	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
274	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	LABORATORIO	400	R\$ 19,80	R\$ 7.920,00
275	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
276	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
277	DOSAGEM DE ESTRADIOL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
278	DOSAGEM DE ESTRONA	LABORATORIO	400	R\$ 36,00	R\$ 14.400,00
279	DOSAGEM DE FATOR V	LABORATORIO	400	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
280	DOSAGEM DE FERRITINA	LABORATORIO	400	R\$ 34,20	R\$ 13.680,00
281	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
282	DOSAGEM DE FOLATO	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
283	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00



284	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
285	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TGB)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
286	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbaA1c)	LABORATORIO	400	R\$ 22,50	R\$ 9.000,00
287	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	LABORATORIO	400	R\$ 25,20	R\$ 10.080,00
288	DOSAGEM DE HERMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
289	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	LABORATORIO	400	R\$ 27,00	R\$ 10.800,00
290	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO	LABORATORIO	400	R\$ 99,00	R\$ 39.600,00
292	CITOLOGIA ONCÓTICA	LABORATORIO	5000	R\$ 62,50	R\$ 312.500,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 5.430.094,40</b>

**Valor total: R\$ 34.686.071,40** (trinta e quatro milhões seiscentos e oitenta e seis mil e setenta e um reais e quarenta centavos).

### **3.1 RELAÇÃO ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA O CREDENCIAMENTO 2026**

Será disponibilizado conforme solicitações da Secretaria de Saúde

### **3.2 ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO**

O custo estimado total da contratação é de **R\$ 34.686.071,40** (trinta e quatro milhões seiscentos e oitenta e seis mil e setenta e um reais e quarenta centavos), para 12 meses.

## **4. CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

4.1. O serviço se classifica como comum de caráter continuado sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva, a ser contratado mediante licitação, na modalidade Processo Administrativo de Chamamento Público, de acordo com a lei 14.133/2021.

4.2. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração Contratante, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

## **5 – QUESITOS DA CONTRATAÇÃO**

5.1. Os requisitos da contratação abrangem o seguinte:

5.1.1 serviço continuado, sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva;

5.1.2. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da CONTRATADA e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

5.2. Declaração do contratante de que tem pleno conhecimento das condições necessárias para a prestação do serviço.

5.3. O objeto a ser contratado é caracterizado como serviços especializados pelas empresas que contenha profissionais formados nas respectivas áreas, conforme o

anexo da lista de serviços a serem ofertados.

5.4. A necessidade de contratação de serviços descritos no objeto se faz necessária para o desenvolvimento de todas as ações as quais devem ser atendidas pelos referidos serviços e dar continuidade ao trabalho realizado nas unidades de atendimento a saúde no município de Riachão das Neves /BA, uma vez que na rede municipal falta profissionais concursados dentro do quadro efetivo. Assim sendo, faz-se necessária a contratação dos serviços com o objetivo de suprir a demanda assistencial das unidades de saúde e não ocasionar interrupção na oferta destes.

5.5. A contratação por chamamento público trás economicidade a este órgão e melhor desempenho das atividades.

5.6. As empresas/profissionais contratadas deverão esta devidamente registrado junto Quitação no conselho da profissão.

## **6. DOCUMENTOS PARA O CREDENCIAMENTO:**

### **6.1. PARA COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO REFERENTE À PESSOA JURÍDICA**

6.1.2. O envelope contendo a documentação relativa à Habilitação da PESSOA JURÍDICA, deverá conter:

- 15.1.17 **Ato constitutivo**, estatuto, ou **contrato social** em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e acompanhado, no caso de sociedades por ações, documentos de eleição de seus atuais administradores;
- 15.1.18 Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (**CNPJ**);
- 15.1.19 Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, mediante apresentação de Certidão Conjunta, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- 15.1.20 Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do domicílio ou sede proponente;
- 15.1.21 Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do proponente.
- 15.1.22 Prova de regularidade relativa ao **Secretaria de Garantia por Tempo de Serviço** (FGTS) demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- 15.1.23 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, comprovando inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;
- 15.1.24 **Alvará de Funcionamento** emitido pelo Poder Executivo Municipal, válido na

data de abertura do certame, ou declaração de conformidade.

15.1.25 Certidão de **Registro no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional, da empresa credenciante, expedida no presente exercício, ou cópia do comprovante de pagamento da anuidade autenticado;

15.1.26 No caso de Micro empreendedor individual apresentar

15.1.27 a Certificado da Condição de Micro empreendedor Individual – CCMEI.

15.1.28 Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede do licitante, nos últimos 30 (trinta) dias anteriores á data de apresentação da documentação;

15.1.29 **Declaração** de que não possui em seu **quadro de pessoal empregado**

(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso, insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal Brasileira de 1988  
**(Anexo VI)**

15.1.30 **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas.

15.1.31 **Relação dos exames e serviços** que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes nos Anexos;

15.1.32 **Capacidade máxima de atendimento** (total e quantitativo a disposição do SUS, bem como horários);

15.1.33 Declaração formal de que terá disponibilidade para a execução do serviço objeto desta licitação, profissionais com formação na especialidade exigida para a prestação dos serviços, conforme orientações do Plano Operativo 2026.

6.1.3. Documentos do **RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

a) **Curriculum Vitae;**

b) **Cédula de Identidade e CPF;**

c) **Diploma** do curso superior e certificado de especialização, se houver;

- d) **Registro do responsável técnico no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional;
- e) **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas
- f) **Comprovação de que o Responsável Técnico é contratado pela empresa, através de cópia da CTPS ou Contrato de Prestação de Serviço ou Contrato Social.**

## **6.2. PARA COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO REFERENTE À PESSOA FÍSICA**

6.2.1. O envelope contendo a documentação relativa à Habilitação de Pessoa Física, deverá conter:

- k) ***Curriculum Vitae***;
- l) Documento de identificação oficial com foto;
- m) **Diploma do curso superior** e certificado de especialização, se houver;
- n) **Registro de Pessoa Física no Conselho Regional** da respectiva categoria profissional;
- o) Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal**, mediante apresentação de Certidão Conjunta, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- p) Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do domicílio ou sede proponente;
- q) Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria da Fazenda Municipal, do domicílio ou sede do proponente.
- r) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, comprovando inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho;
- s) **Cadastro CNES** efetuado junto a Secretaria Municipal de Saúde (da sede da empresa), para os laboratórios e clínicas
- t) **Relação dos exames e serviços** que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes no Anexo I.



## **7. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR (PESSOA FÍSICA e/ou JURÍDICA):**

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO

ME/EPP; ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE

IDONEIDADE;

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS;

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE

MENORES; ANEXO VII– DECLARAÇÃO DE RESERVA DE

CARGOS;

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI VÍNCULO COM AGENTE PÚBLICO;

ANEXO IX – PEDIDO DE CREDENCIAMENTO;

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO PESSOAL TÉCNICO, DAS INSTALAÇÕES E

DO APARELHAMENTO ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DO OBJETO DA

LICITAÇÃO, BEM COMO DA QUALIFICAÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA QUE

SE RESPONSABILIZARÁ PELOS TRABALHOS.

## **8 – PAGAMENTO:**

10.1. Os serviços serão remunerados de acordo com os valores fixados no anexo II – Termo de Referência;

10.2. Os valores devidos ao Credenciado serão pagos mediante a apresentação da nota fiscal com a descrição dos serviços prestados e após sua conferência pela Secretaria Municipal de Saúde. Os impostos ficarão a cargo do CREDENCIADO.

10.3. O Município de Riachão das Neves -BA efetuará o pagamento das faturas, devidamente atestadas, referente ao serviço objeto deste Edital conforme recurso disponível, em até o décimo quinto dia útil a contar da data de entrada no protocolo no Setor de Faturamento.

## **9 - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES CONTRATANTES:**

### **9.1 DA CONTRATADA:**

Prestar assistência à comunidade obedecendo aos critérios e procedimentos que regem as rotinas de atendimento proposta pelo Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser realizada em qualquer hora ou dia da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

**9.2** Submeter-se ao permanente controle, avaliação e fiscalização da Auditoria Municipal, cujo objetivo é garantir aos beneficiários o bom funcionamento e a adequada utilização dos serviços de saúde.

**9.3** Prestar, nas instalações e dependências do CONTRATADO, por seu quadro técnico-profissional, assistência à comunidade em geral, podendo a critério do Secretaria de Saúde de Riachão das Neves, ser também prestados em unidades próprias do município.



**9.4.** Utilizar, nos casos de emergência, todos os recursos disponíveis na estrutura, quanto a profissionais, serviços, equipamentos e materiais necessários ao atendimento dos usuários.

**9.5.** Responsabilizar-se por todos os encargos tributários, sociais e previdenciários incidentes sobre os valores dos serviços prestados, comprovando, mediante apresentação de documentos, eventual isenção tributária de que seja beneficiário.

**9.6.** Manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas neste instrumento.

**9.7.** Não subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcial, o objeto deste cadastramento.

**9.8.** Quando a pessoa jurídica credenciada não assinar o termo do Contrato ou não aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo supracitado, fica facultado ao Município aplicar as penalidades cabíveis, e convocar outro credenciado.

**9.9.** O Município poderá, a qualquer tempo, rever e alterar a forma e a abrangência previstas no instrumento contratual, ampliando ou limitando os serviços prestados pelo credenciado, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária.

**9.10** Toda responsabilidade de fiscalização e acompanhamento do contrato será do fiscal designado pela Prefeitura Municipal de Riachão das Neves -BA.

## **9.2. DA CONTRATANTE:**

9.2.1 Fornecer materiais informativos e comunicados referentes às determinações administrativas que visem o gerenciamento do Contrato;

9.2.2 Dirimir as dúvidas do prestador do serviço sobre o objeto da contratação, no tocante às divergências ou inovações na política administrativa e assistencial do Sistema de Saúde do Município de Riachão das Neves – BA, notificando-o por escrito a respeito de irregularidades detectadas na execução dos serviços;

9.2.3 Repassar aos usuários as orientações necessárias para a realização de exames e informações recebidas do prestador do serviço referentes aos dias, horários e endereços de atendimento;

9.2.4 Acompanhar, controlar, regular, fiscalizar, avaliar e auditar a execução das ações e serviços contratados.

## **10- EXTINÇÃO DO CONTRATO:**

**10.1.** O presente termo de contrato poderá ser extinto:

**10.1.1.** Por ato unilateral e escrito da Administração, nas situações previstas no inciso I do art. 138 da Lei nº 14.133/2021, e com as consequências indicadas no art. 139 da mesma Lei,

sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no Termo de Referência.

**10.1.2.** Amigavelmente, nos termos do art. 138, inciso II, da Lei nº 14.133/2021.

**10.2.** A extinção contratual deverá ser formalmente motivada nos autos de processo administrativo assegurado à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa, verificada a ocorrência de um dos motivos previstos no art. 137 da Lei nº 14.133/2021.

**10.3.** A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 115 da Lei nº 14.133/2021.

## **11 - DA SUBCONTRATAÇÃO:**

**11.1.** Não será admitida a subcontratação do objeto deste credenciamento.

## **12 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:**

**12.1.** O descumprimento de quaisquer das cláusulas ou obrigações diretas ou indiretas decorrentes do termo de referência poderá ensejar a aplicação das penalidades previstas nos artigos 155, 156 e 162 da Lei Federal nº 14.133/2021 à contratada.

## **13 - DA FISCALIZAÇÃO:**

**13.1.** A fiscalização é exercida no interesse da Administração e não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, e, na sua ocorrência, não implica corresponsabilidade do Poder Público ou de seus agentes e prepostos. Quaisquer exigências da fiscalização, inerentes ao objeto deste contrato, deverão ser prontamente atendidas pela Contratada sem ônus para a Contratante.

**13.2.** A prestação dos serviços será acompanhada e fiscalizada por servidor deste Município.

## **14. HIPÓTESES DE DESCREDENCIAMENTO**

**14.1.** A Prefeitura Municipal de Riachão das Neves -BA poderá, a qualquer tempo, promover o descredenciamento por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após o credenciamento, que importem comprometimento da sua capacidade física, técnica, fiscal ou da postura profissional, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso seja a que título for.

**14.2.** Não mantiverem as condições de habilitação exigidas para o credenciamento.

**14.3.** O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**14.4.** Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo Credenciado, este estará sujeito às sanções previstas no Edital, seus Anexos e na Lei Federal nº 14.133/2021.

## **15 - LEGALIDADE DO CREDENCIAMENTO:**

**15.1.** O art. 74, inciso IV da Lei nº 14.133/2021 fala diretamente da hipótese da inexigibilidade para a contratação de objetos que devam ou possam ser contratados por meio de credenciamento, vejamos:

Art. 74.	É inexigível a licitação quando
inviável	a competição, em especial nos casos de:



(...)

IV - objetos que devam ou possam ser contratados por meio de credenciamento;

Ressalte-se que o art. 6º, XLIII, da Lei nº 14.133/2021 nos traz a definição de credenciamento, vejamos:

Art. 6º Para os fins desta Lei, consideram-se: (...)

XLIII - credenciamento: processo administrativo de chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que, preenchidos os requisitos necessários, se credenciem no órgão ou na entidade para executar o objeto quando convocados;

Nesse sentido, o Credenciamento é uma forma de contratação direta denominado como “procedimento auxiliar de licitação” pelo art. 78 da Lei 14.133/2021, que prevê a possibilidade de contratação sem licitação prévia, nos casos em que exista inviabilidade de competição. Tal procedimento auxiliar se dá no âmbito do órgão que faz um Chamamento Público, com parâmetros a serem seguidos e observados por todos os que queiram participar, ficando abertos para todos os interessados e a todo tempo, inviabilizando assim, a abertura de licitação.

No inciso I do art. 79 da Lei nº 14.133/2021 o legislador estabeleceu a hipótese de utilização do credenciamento que se aplica ao objeto deste instrumento, vejamos:

Art. 79. O credenciamento poderá ser usado nas seguintes hipóteses de contratação:

I - Paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas;

Sendo assim, parece claro que, se a Administração convoca profissionais dispondo-se a contratar todos os interessados que preencham os requisitos por ela exigidos, e por um preço previamente definido no próprio ato do chamamento, torna-se inviável a competição entre os mesmos, uma vez que não há critério justo que propicie a competição.

## **16. CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE**

Ao selecionar a prestação dos serviços de profissionais da área da saúde, através de credenciamento, os critérios de sustentabilidade podem abranger diversos aspectos para garantir não apenas a qualidade do serviço prestado, mas também seu impacto



ambiental, social e econômico em longo prazo. Aqui estão alguns critérios que podem ser considerados:

#### Práticas Ambientais:

Uso de práticas sustentáveis no gerenciamento de resíduos médicos.

Adoção de medidas para redução do consumo de energia e água nas instalações.

Utilização de materiais e equipamentos médicos que sejam energeticamente eficientes e ecologicamente responsáveis.

#### Responsabilidade Social:

Compromisso com a equidade no acesso aos serviços de saúde, incluindo atendimento a comunidades carentes.

Respeito aos direitos humanos dos funcionários, pacientes e comunidades afetadas pelas operações.

Apoio a programas de saúde comunitária e envolvimento em iniciativas de responsabilidade social.

#### Eficiência Econômica:

Transparência nos custos e práticas de cobrança, evitando preços abusivos ou ocultos.

Implementação de sistemas de gestão financeira que promovam eficiência e redução de desperdícios.

Estabelecimento de parcerias com fornecedores locais para estimular a economia regional e reduzir as emissões relacionadas ao transporte.

#### Qualidade dos Serviços Médicos:

Certificação e credenciamento adequados dos profissionais de saúde e das instalações

Adoção de práticas baseadas em evidências e melhoria contínua da qualidade dos cuidados médicos.

Garantia de acessibilidade, segurança e eficácia dos tratamentos e procedimentos médicos.

#### Avaliação de Impacto:

Realização de avaliações periódicas do impacto ambiental, social e econômico das operações médicas.

Compromisso com a transparência e prestação de contas por meio de relatórios de sustentabilidade acessíveis ao público.

#### Educação e Capacitação:

Investimento em programas de educação e capacitação para profissionais de saúde, funcionários e comunidades locais, visando promover a conscientização sobre questões de sustentabilidade e saúde.

Ao considerar esses critérios de sustentabilidade no processo de credenciamento de serviços de profissionais da área da saúde, as organizações podem não apenas garantir a qualidade e eficiência dos serviços, mas também contribuir para um sistema de saúde mais equitativo, resiliente e sustentável.

## **17. DA EXECUÇÃO DO OBJETO**

17. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

17.1.1. A Administração tomará as providências previamente ao contrato:

- a) Definição dos servidores que farão parte da equipe de fiscalização/gestão contratual;
- b) Capacitação dos fiscais/gestores a respeito do tema objeto da contratação;

17.1.2 Os serviços deverão ser executados pela contratada, conforme as necessidades e demandas da Secretaria Municipal de Saúde.

17.1.3 A contratação dos serviços descritos no objeto deste Termo de Referência figura-se pela necessidade de suprir as necessidades constantes na saúde, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida aos munícipes através dos serviços de saúde.

17.1.4 Os riscos referentes a esta contratação estão expostos no mapa de riscos;

## **18. VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO E PERÍODO CONTRATUAL:**

18.1 O prazo de vigência deste chamamento é por tempo indeterminado.

18.2 O prazo de vigência do contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de até 12 meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, conforme legislação aplicável à espécie.

## **19. DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO**

19.1 De acordo com a Portaria nº 576 de 28 de Abril 2025, o Sr. **IGOR LENO BOMFIM, TAILANE ANDRADE MOREIRA, SANDRO RODRIGUES DE SOUZA E MARCELA SANTIAGO DE JESUS** são os

servidores designados para atuar como gestores de contrato nos contratos da Secretaria de Saúde;

19.2 De acordo com a Portaria nº 490 de 15 de Abril 2025, o servidor designado é o Sr. **RAPHAEL DE SANTANA COSTA** para fiscalizar os contratos da Secretaria de Saúde;

Riachão das Neves/BA, 21 de janeiro de 2026.

---

Rosângela Meneses de Melo Bomfim  
Secretária Municipal de Saúde



### **ANEXO III**

#### **DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO COMO ME/EPP**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

[RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA], inscrita no CNPJ sob o nº [NÚMERO DO CNPJ], com sede à [ENDEREÇO COMPLETO], por intermédio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador do RG nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF],

declara, sob as penas da lei, para os devidos fins de participação na [NOME DO PROCESSO LICITATÓRIO], que:

1. Está devidamente enquadrada como Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e suas alterações;
2. Não se encontra em nenhuma das situações impeditivas ao gozo dos benefícios previstos na referida Lei Complementar;
3. Está ciente de que a veracidade das informações acima prestadas poderá ser objeto de verificação, podendo ser exigida a apresentação de documentos comprobatórios a qualquer momento pela Administração Pública, nos termos da legislação vigente.

Declara ainda que assume total responsabilidade pela veracidade das informações prestadas, estando ciente de que a falsidade da presente declaração poderá acarretar a aplicação das sanções previstas nos artigos 81 e 87 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, ou outras aplicáveis.

Local e data: [CIDADE/UF], [DATA POR EXTENSO]

Assinatura do Representante Legal

Nome: [NOME COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]



## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

[RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA], inscrita no CNPJ sob o nº [NÚMERO DO CNPJ], com sede à [ENDEREÇO COMPLETO], por intermédio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador do RG nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF],

declara, sob as penas da lei, para os devidos fins de participação na [NOME DO PROCESSO LICITATÓRIO], que:

1. Não foi declarada inidônea por qualquer órgão da Administração Pública, nas esferas federal, estadual, distrital ou municipal;
2. Não está suspensa de licitar ou contratar com a Administração Pública; Não está impedida de licitar ou contratar em razão de sanção aplicada com base na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 ou em outras legislações pertinentes;
3. Compromete-se a comunicar imediatamente a [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE] caso venha a sofrer qualquer restrição ou sanção que altere as condições aqui declaradas.
4. Declara, ainda, que está ciente de que a falsidade das informações prestadas poderá acarretar a aplicação das sanções previstas nos artigos 81 e 87 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, além de responsabilização nas esferas administrativa, civil e penal.

Local e data: [CIDADE/UF], [DATA POR EXTENSO]

Assinatura do Representante Legal

Nome: [NOME COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]

## **ANEXO V**

### **DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

[RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA], inscrita no CNPJ sob o nº [NÚMERO DO CNPJ], com sede à [ENDEREÇO COMPLETO], por intermédio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador do RG nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF],

declara, sob as penas da lei, para os devidos fins de participação na [NOME DO PROCESSO LICITATÓRIO], que:

1. Não se encontra declarada inidônea ou impedida de participar de licitações ou de celebrar contratos administrativos com qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, nas esferas federal, estadual, distrital ou municipal, nos termos da legislação vigente.
2. Não existem fatos supervenientes que possam impedir a sua habilitação ou comprometer a execução do objeto licitado, incluindo, mas não se limitando, a processos judiciais ou administrativos, recuperação judicial ou falência, que possam impactar sua capacidade técnica, financeira ou jurídica.
3. Compromete-se a comunicar imediatamente à [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE] qualquer ocorrência posterior à apresentação desta declaração que venha a alterar as condições aqui declaradas. Declara, ainda, que está ciente de que a falsidade das informações prestadas sujeita a empresa às penalidades previstas nos artigos 81 e 87 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, bem como à responsabilização nas esferas administrativa, civil e penal.

Local e data: [CIDADE/UF], [DATA POR EXTENSO]

Assinatura do Representante Legal

Nome: [NOME COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART.7º, DA  
CONSTITUIÇÃO FEDERAL.  
(PESSOA JURIDICA)**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

Declaramos sob as penas da lei, e para fins de participação no Processo Licitatório Credenciamento 001/2026, junto a Prefeitura Municipal de Riachão das Neves – BA, que não mantemos em nosso quadro de pessoal menor de 18 anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuído ainda, qualquer trabalho de menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, conforme determina a Constituição Federal no seu artigo 7º, Inciso XXXIII. Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data.

---

Nome e Assinatura do Representante  
Legal (Carimbo CNPJ)

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal, em papel timbrado da empresa.



## **DECLARAÇÃO DE RESERVA DE CARGOS**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

[RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA], inscrita no CNPJ sob o nº [NÚMERO DO CNPJ], com sede à [ENDEREÇO COMPLETO], por intermédio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador do RG nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF],

declara, sob as penas da lei, para fins de participação na [NOME DO PROCESSO LICITATÓRIO], que cumpre integralmente as disposições legais relativas à reserva de cargos e empregos para pessoas com deficiência e para aprendizes, conforme exigido pela legislação vigente, especialmente:

1. A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que estabelece a obrigatoriedade de contratação de pessoas com deficiência em empresas com 100 (cem) ou mais empregados;
2. O Decreto nº 5.598, de 1º de dezembro de 2005, que regula a contratação de aprendizes. Declara, ainda, que está ciente de que o não cumprimento dessas disposições legais poderá implicar na aplicação de sanções previstas na legislação vigente, bem como em sua inabilitação no presente processo licitatório.

Local e data: [CIDADE/UF], [DATA POR EXTENSO]

Assinatura do Representante

Legal Nome: [NOME

COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]

## **ANEXO VIII**

### **MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI VÍNCULO COM AGENTE PÚBLICO**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

Declaramos sob as penas da lei, e para fins de participação no Processo Licitatório Credenciamento 001/2026, junto a Prefeitura Municipal de Riachão das Neves /BA, que a Empresa ..... inscrita no CNPJ sob o n.º ....., NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PESSOAL, SERVIDORES PÚBLICOS OU DIRIGENTE DE ÓRGÃO OU ENTIDADE contratante responsável pela licitação, nos termos do art. 9º da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data.

---

Nome e Assinatura do Representante  
Legal  
**(Carimbo CNPJ)**

## **ANEXO IX**

### **PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

[RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA], inscrita no CNPJ sob o nº [NÚMERO DO CNPJ], com sede à [ENDEREÇO COMPLETO], por intermédio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador do RG nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF], vem, respeitosamente, requerer seu credenciamento para participação no [NOME DO PROCESSO LICITATÓRIO], nos termos das condições estabelecidas no edital e seus anexos. Para tanto, apresenta a documentação necessária para habilitação e declara que:

1. Atende integralmente aos requisitos de credenciamento previstos no edital;
2. Está ciente e de acordo com as disposições contidas no edital e na legislação pertinente, especialmente a Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021;
3. Compromete-se a comunicar de imediato quaisquer alterações que possam interferir nas condições de credenciamento.

Declara, ainda, que as informações fornecidas e os documentos apresentados são verdadeiros, sob as penas da lei, estando ciente das sanções previstas na legislação vigente, caso seja constatada qualquer irregularidade.

Local e data: [CIDADE/UF], [DATA POR EXTENSO]

Assinatura do Representante Legal

Nome: [NOME COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]



## **ANEXO X**

### **DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DO PESSOAL TÉCNICO, DAS INSTALAÇÕES E DO APARELHAMENTO ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DO OBJETO DA LICITAÇÃO, BEM COMO DA QUALIFICAÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA QUE SE RESPONSABILIZARÁ PELOS TRABALHOS.**

À [NOME DA ENTIDADE OU ÓRGÃO LICITANTE]

A empresa (Nome da Empresa) CNPJ/MF Nº, sediada (Endereço Completo), DECLARA que, conforme art. 67, inciso III da lei nº 14.133/2021 e suas alterações, dispõe de instalação (RELACIONAR), equipamentos (RELACIONAR) e equipe técnica especializada (RELACIONAR), para a execução do objeto do presente processo, sob penas do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do Representante Legal

Nome: [NOME COMPLETO]

Cargo: [CARGO]

Telefone: [NÚMERO DE

TELEFONE] E-mail: [E-MAIL]

**ANEXO XI  
MINUTA DA PROPOSTA**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº**  
\_\_\_\_\_/2026  
**CRENCIAMENTO Nº 001/2026**

**OBJETO:** Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves, de acordo com os critérios, termos e condições estabelecidos no Edital e seus anexos.

A empresa/pessoa física, com sede/endereço (endereço completo – Rua/Avenida, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP), inscrito no CNPJ/CPF sob o nº XXX.XXX.XXX-XX, neste ato representado por xxxxxx, nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF, filiação, endereço completo), através do representante legal acima qualificado, vem por meio desta, apresentar nossa **PROPOSTA** ao presente credenciamento para realização serviços abaixo indicados, desde já concordando e aderindo aos preços abaixo relacionados, em conformidade com o Termo de Referência.

O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, pelos serviços, efetivamente realizados e respectiva nota fiscal discriminativa do(s) serviço(s) prestado(s), os valores constantes do Termo de Referência, aplicando-se conforme especificado em cada item abaixo relacionado:

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>CARGA HORARIA</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>	<b>VALOR UNITARIO MENSAL</b>	<b>VALOR TOTAL MENSAL</b>	<b>VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA 12 MESES</b>



Observação: Os interessados no credenciamento deverão apresentar sua proposta **APENAS E TÃO SOMENTE** para o item ao qual deseja se credenciar.

A existência de credenciados não obriga o município a firmar os compromissos que deles poderão advir. A não contratação dos serviços não importará em indenização de qualquer espécie. Fica facultada, em caso de futura contratação, a utilização de outros meios, respeitada a legislação pertinente às licitações, assegurando-se aos credenciados a preferência em igualdade de condições.

Sem mais, esperamos a atenção dessa conceituada entidade no sentido de deferir o nosso credenciamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2026.

Validade da proposta é de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da entrega da documentação.

---

NOME  
CPF/CNPJ  
PROPONENTE

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal, em papel timbrado da empresa.



## **ANEXO XII MINUTA DO CONTRATO**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 027/2026  
CREDENCIAMENTO Nº 001/2026  
CONTRATO Nº XXX/2026**

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços, que entre si fazem, de um lado como CONTRATANTE a **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DAS NEVES /BA**, com a sede na Praça Municipal, nº 27, bairro Centro, Riachão das Neves/Bahia, CEP 47.970-000, inscrita no CNPJ N.º **14.100.747/0001-26**, representado pelo Excelentíssimo Prefeito Sr. MOAB NASCIMENTO DE SANTANA, CPF nº. 004.249.301-37, e a empresa Xxxxx Xxxxx Xxxxx, inscrita no CNPJ sob nº 00.000.000/0000-00, com sede na Xxx Xxxxx Xxxx, nº 000, Bairro Xxxxx, Xxxxxxx/XX, CEP: 00.000-000, representada pelo(s) Sr(a) Xxxxx Xxxxx Xxxxx, portador(a) da Documento de Identidade nº 0000000, XXX/XX e inscrito(a) no CPF sob o nº 000.000.000-00, residente e domiciliado a Rua XXXXX nº00, Cidade XXXXXXXX XX, CEP:0000000, que a este subscrevem, a seguir denominada simplesmente CONTRATADA, firmam neste ato, o presente contrato, na forma e condições que se seguem:

### **1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

1. Credenciamento para pessoas físicas/jurídicas para fins de prestação de serviço na área de saúde, nas seguintes especialidades: MÉDICOS PLANTONISTA, MÉDICOS PSF, MÉDICOS ADMINISTRATIVO, MÉDICOS ESPECIALISTAS, DENTISTAS, PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE APOIO A APS, PROCEDIMENTOS DE ESPECIALIDADES, DIAGNOSTICO POR IMAGEM, CIRURGIAS, EXAMES LABORATORIAIS E SERVIÇOS CORRELATOS A AREA DA SAÚDE, em caráter complementar, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender às necessidades da Secretaria de Saúde do Município de Riachão das Neves.

2. Vinculam esta contratação, independentemente de transcrição:

1. O Termo de Referência que embasou a contratação;
2. O Edital de Licitação, a Autorização de Contratação Direta;
3. Eventuais anexos dos documentos supracitados.

### **2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO.**

1. O prazo de vigência da contratação é de 01 (um) ano, contados da data de assinatura, podendo ser prorrogado por sucessivos períodos na forma do artigo 107 da Lei nº 14.133/21.

2. O reajuste dos valores poderá ocorrer após findar o prazo de 12 (doze) meses, se houver alteração no plano operativo.



### **3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA SUBCONTRATAÇÃO**

3.1 Não será admitida a subcontratação do objeto contratual.

### **3. CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1 As despesas para o pagamento deste contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

- UNIDADE: Unidade: 02.04.000 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
- ATIVIDADE: 10.122.005.2033 GESTÃO DAS AÇÕES ADMINISTRATIVAS DE SAÚDE
- ELEMENTO: 3.3.9.0.36.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Física /3.3.9.0.39.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Jurídica
- FONTE: 15001002
  
- UNIDADE: 02.04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
- ATIVIDADE: 10.301.005.2035 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
- ATIVIDADE: 10.302.005.2036 MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
- ATIVIDADE: 10.302.005.2042 GESTÃO DAS AÇÕES DO HOSPITAL MUNICIPAL
- ELEMENTO: 3.3.9.0.36.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Física /3.3.9.0.39.00.00.00 Outros Serviços Terceiros - Pessoa Jurídica
- FONTE: 15001002, 1600 E 1621

### **5 CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

5.1.1 5.10 valor global da contratação é de R\$ ..... ( . ).

4.2 No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

4.3 O valor acima é meramente estimativo, de forma que os pagamentos devidos ao contratado dependerão dos quantitativos de serviços efetivamente prestados. O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

4.4 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

4.5 O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

4.6 Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura quando o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

4.7 A emissão da Nota Fiscal/Fatura será precedida do recebimento definitivo do objeto da contratação, conforme disposto neste instrumento e/ou no Termo de Referência.

4.8 Quando houver glosa parcial do objeto, o contratante deverá comunicar a



empresa para que emita a nota fiscal ou fatura com o valor exato dimensionado.

4.9 O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

5 O prazo de validade;

6 A data da emissão;

7 Os dados do contrato e do órgão contratante;

8 O período respectivo de execução do contrato;

9 O valor a pagar; e

10 Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

10.1 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que o contratado providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o contratante;

10.2 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal.

10.3 Previamente à emissão de nota de empenho e a cada pagamento, a Administração deverá realizar consulta para:

11 verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;

12 identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

12.1 Constatando-se, a situação de irregularidade do

contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

12.2 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

12.3 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

12.4 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação.

12.5 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, no pagamento serão retidos na fonte os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

## **6 CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO E DAS CONDIÇÕES PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, VIGÊNCIA E FISCAL DO CONTRATO.**

6.1 O prazo máximo para início das atividades é de 48 (QUARENTA E OITO) HORAS após a emissão da Autorização de Serviço emitida pela **Secretaria Municipal de Saúde** e a vigência será da data de sua assinatura pelo período de 01 (um) ano.



6.2 presente contrato será acompanhando e fiscalizado pelo Sr.º xxxxx, Portaria nº xxx/2026, devidamente designado pela Administração Pública em atendimento ao Art. 7 da Lei nº 14.133/2021.

## **7 CLÁUSULA SÉTIMA - DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO**

7.1 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por 1 (um) ou mais fiscais do contrato, representantes da Administração especialmente designados conforme requisitos estabelecidos no [art. 7º da Lei 14.133/21](#), ou pelos respectivos substitutos, permitida a contratação de terceiros para assisti-los e subsidiá-los com informações pertinentes a essa atribuição.

7.1.1 O fiscal do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

7.1.2 O fiscal do contrato informará a seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência.

7.1.3 O fiscal do contrato será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração, que deverão dirimir dúvidas e subsidiá-lo com informações relevantes para prevenir riscos na execução contratual.

7.1.4 O representante da **Secretaria de Saúde xxxxxxxx**, anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

## **8 CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

8.1. Além das obrigações constantes no edital e seus anexos, o Contratado deve cumprir todas as obrigações constantes deste Contrato, em seus anexos, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto, observando, ainda, as obrigações a seguir dispostas:

8.2. Atender às determinações regulares emitidas pelo fiscal do contrato ou autoridade superior (art. 137, II);

8.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Administração ou terceiros, não reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução contratual pelo Contratante, que ficará autorizado a descontar dos pagamentos devidos ou da garantia, caso exigida no edital, o valor correspondente aos danos sofridos;

8.4. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

8.5. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pelo Contratante ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do empreendimento.

8.6. Paralisar, por determinação do Contratante, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

8.7. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução do objeto, durante a vigência do contrato.



8.8. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

8.9. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas para habilitação na licitação, ou para qualificação, na contratação direta;

8.10. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

8.11. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança do Contratante;

## **9 CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

9.1. Além das obrigações constantes no edital e seus anexos, são obrigações do Contratante:

9.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo Contratado, de acordo com o contrato e seus anexos;

9.3. Receber os serviços no prazo e condições estabelecidas no Termo de Referência;

9.4. Notificar o Contratado, por escrito, sobre vícios, defeitos ou incorreções verificadas nos serviços fornecidos, para que seja por ele substituído, reparado ou corrigido, no total ou em parte, às suas expensas;

9.5. Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato e o cumprimento das obrigações pelo Contratado;

9.6. Efetuar o pagamento ao Contratado do valor correspondente a prestação dos serviços, no prazo, forma e condições estabelecidos no presente Contrato;

9.7. Aplicar ao Contratado sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do Contrato;

9.8. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pelo Contratado com terceiros, ainda que vinculados à execução do contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato do Contratado.

## **10 CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES**

a) Além das penalidades previstas no edital e seus anexos, comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021, o Contratado que:

b) Der causa à inexecução parcial do contrato;

c) Der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração ou ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

d) Der causa à inexecução total do contrato;

e) Deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

f) Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade;

g) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;

h) Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a dispensa eletrônica ou execução do contrato;

i) Fraudar a contratação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

j) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

k) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da contratação;

l) Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.



- m) Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas acima descritas as seguintes sanções:
- n) **Advertência**, quando o Contratado der causa à inexecução parcial do contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §2º, da Lei);
- o) **Impedimento de licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas b, c, d, e, f e g do subitem acima deste Contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §4º, da Lei);
- p) **Declaração de inidoneidade para licitar e contratar**, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas h, i, j, k e l do subitem acima deste Contrato, bem como nas alíneas b, c, d, e, f e g, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §5º, da Lei)
- q) **Multa**;
- r) A aplicação das sanções previstas neste Contrato não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Contratante (art. 156, §9º)
- s) Todas as sanções previstas neste Contrato poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa (art. 156, §7º).
- t) Antes da aplicação da multa será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação (art. 157);
- u) Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor do pagamento eventualmente devido pelo Contratante ao Contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente (art. 156, §8º).
- v) Previamente ao encaminhamento à cobrança judicial, a multa poderá ser recolhida administrativamente no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
- w) A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegure o contraditório e a ampla defesa ao Contratado, observando-se o procedimento previsto no **caput** e parágrafos do art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, para as penalidades de impedimento de licitar e contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.
- x) Na aplicação das sanções serão considerados (art. 156, §1º):
- y) A natureza e a gravidade da infração cometida;
- z) As peculiaridades do caso concreto;
- aa) As circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- bb) Os danos que dela provierem para o Contratante;
- cc) A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.
- dd) Os atos previstos como infrações administrativas na Lei nº 14.133, de 2021, ou em outras leis de licitações e contratos da Administração Pública que também sejam tipificados como atos lesivos na Lei nº 12.846, de 2013, serão apurados e julgados conjuntamente, nos mesmos autos, observados o rito procedimental e autoridade competente definidos na referida Lei (art. 159);
- ee) A personalidade jurídica do Contratado poderá ser desconsiderada sempre que utilizada com abuso do direito para facilitar, encobrir ou dissimular a prática dos atos ilícitos previstos neste Contrato ou para provocar confusão patrimonial, e, nesse caso, todos os efeitos das sanções aplicadas à pessoa jurídica serão estendidos



aos seus administradores e sócios com poderes de administração, à pessoa jurídica sucessora ou à empresa do mesmo ramo com relação de coligação ou controle, de fato ou de direito, com o Contratado, observados, em todos os casos, o contraditório, a ampla defesa e a obrigatoriedade de análise jurídica prévia (art. 160).

i) Contratante deverá, no prazo máximo 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, informar e manter atualizados os dados relativos às sanções por ela aplicadas, para fins de publicidade no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (Ceis) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (Cnep), instituídos no âmbito do Poder Executivo Federal. (Art. 161)

ff) As sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar são passíveis de reabilitação na forma do art. 163 da Lei nº 14.133/21.

## **11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO**

11.1. O contrato pode ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no artigo 137 da NLLC, bem como amigavelmente, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

11.2. Nesta hipótese, aplicam-se também os artigos 138 e 139 da mesma Lei.

11.3. A alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da empresa não ensejará rescisão se não restringir sua capacidade de concluir o contrato.

11.4. Se a operação implicar mudança da pessoa jurídica contratada, deverá ser formalizado termo aditivo para alteração subjetiva.

11.5. O termo de rescisão, sempre que possível, será precedido:

- Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
- Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
- Indenizações e multas.

## **12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS CASOS OMISSOS**

12.1. Os casos omissos serão decididos pelo **CONTRATANTE**, segundo as disposições contidas na Lei nº 14.133, de 2021 e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 – Código de Defesa do Consumidor – e normas e princípios gerais dos contratos.

## **13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS ALTERAÇÕES**

13.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

13.2. O **CONTRATADO** é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

13.3. As supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes contratantes poderão exceder o Registro que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

## **14 CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO**



14.1. Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento nos termos e condições previstas na Lei nº 14.133/21.

**15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – FORO**

15.1. As partes elegem o Foro da cidade de Riachão das Neves Bahia, que prevalecerá sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, conforme art. 92, §1º da Lei nº 14.133/21.

15.2. E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas, que subscrevem depois de lido e achado conforme.

Riachão das Neves - BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DAS NEVES - BA**  
CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

1ª \_\_\_\_\_  
CPF:

2ª \_\_\_\_\_  
CPF: