EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

PROCESSO ADMINISTRATIVO DE COMPRAS Nº 016/2020

INEXIGIBILIDADE Nº 002/2020

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA FINS DE CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (RETIFICADO)*.*

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DO LESTE DE MINAS GERAIS – CIDES-LESTE, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA EXECUTIVA, nos termos do artigo 25, *caput*, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, torna público para ciência das pessoas físicas, jurídicas e todos os estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos, universitários ou entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que iniciará, sob protocolo de documentação, a partir do dia 13 de fevereiro de 2020, o processo de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS, objetivando contratar serviços de assistência à saúde, conforme procedimentos previstos na tabela SUS e PROPRIA DO CIDES-LESTE (CONTRAPARTIDA) para atender aos Municípios Consorciados, nos termos especificados neste Edital de Habilitação e Qualificação, cujo procedimento obedecerá as seguintes condições regulamentares:

1 – DA LEGISLAÇÃO

1.1 – A presente contratação se regerá pelas Leis Federais nº 8.666/1993, 8.080/1990, 11.107/2005 e demais normas regulamentadoras.

2 – DO OBJETO

2.1 – Constitui objeto do presente chamamento, o credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas interessadas em firmar com o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DO LESTE DE MINAS GERAIS – CIDES-LESTE – TERMO DE CREDENCIAMENTO (anexo I) para a prestação, de forma continuada, dos SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM ESPECIALIDADES CONSTANTES NA TABELA DO SUS E PRÓPRIA PARA ATENDER AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIDES-LESTE, nos limites financeiros e quantitativos fixados na PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE SERVIÇOS (anexo II), e em conformidade com as condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

2.2 – DA PRIORIDADE NA COMPRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.2.1 – Na contratação dos serviços o CIDES-LESTE dará prioridade ao prestador que ofertar o maior número de especialidades e, em cada especialidade, a totalidade do elenco de procedimentos que a compõe, de acordo com a capacidade instalada do prestador, que confirmada pelo Órgão de Controle e Avaliação.

3 – DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

3.1. – O CREDENCIAMENTO pelo SUS/CIDES-LESTE será conferido a:

3.1.1 – Pessoas Físicas e Jurídicas; entidades públicas, universitárias, filantrópicas, as entidades privadas com fins lucrativos, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, sob gestão do SUS/CIDES-LESTE (CONTRAPARDIDA) as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do direito administrativo, e, ainda, que não estejam sofrendo os efeitos das penalidades de suspensão do direito de licitar ou de declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, e que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e seus anexos.

3.1.2 – Não serão admitidas:

a) pessoas impedidas de transacionar com a Administração Pública e qualquer de seus Órgãos, especialmente nos casos de:

a.1) sócios e diretores que ocupem cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no Sistema Único de Saúde, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90;

a.2) interessados inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao Ministério da Saúde ou que possua qualquer nota desabonadora no Sistema de Cadastramento Unificado de fornecedores.

3.2 – Independente de declaração expressa, a manifestação do interesse em participar do presente CREDENCIAMENTO implicará na submissão às normas vigentes e todas as condições estipuladas neste Edital e seus anexos.

4 – DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES

4.1 – Os envelopes contendo a documentação para habilitação e a proposta de execução dos serviços com anuência à tabela de procedimentos e respectivos valores de referência serão recebidos no setor de protocolo, situado à Avenida Moacir de Matos, nº 362, Centro, Caratinga/MG, em envelopes opacos e lacrados, trazendo em sua parte externa as seguintes inscrições:

Envelope nº 01: Deverá conter os documentos correspondentes à habilitação

|  |
| --- |
| ENVELOPE Nº 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO |
| CIDES-LESTE  INEXIGIBILIDADE – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2020  OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS/CIDES-LESTE  NOME OU RAZÃO SOCIAL DO (A) PROPONENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF OU CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Envelope nº 02: Deverá conter a proposta de execução dos serviços com anuência à tabela de procedimentos e respectivos valores de referência que pretende oferecer na rede SUS e PRÓPRIA DO CIDES-LESTE (CONTRAPARTIDA).

|  |
| --- |
| ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS |
| CIDES-LESTE  INEXIGIBILIDADE – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2020  OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS/CIDES-LESTE  NOME OU RAZÃO SOCIAL DO (A) PROPONENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF OU CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

5 – DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

5.1 – O proponente deverá apresentar para a habilitação, no envelope nº 01, os seguintes documentos:

5.1.1 – Documentação para Pessoa Física:

**a)** cópia do certificado de conclusão do curso de habilitação profissional ou escolaridade exigida para a função;

**b)** cópia do registro no conselho de classe, quando for o caso;

**c)** cópia do CPF e carteira de identidade;

**d)** declaração do(a) proponente de que não possui impedimentos para licitar ou contratar com a Administração Pública;

e) cópia da certidão negativa ou de regularidade com a Fazenda Federal.

f) cópia do Alvará de localização do estabelecimento (consultório) do(a) proponente.

g) declaração do(a) proponente de que não possui impedimentos para licitar ou contratar com a Administração Pública;

5.1.2 – Documentação para Pessoa Jurídica:

**a)** cópia do contrato social e suas alterações, no caso de sociedade civil, da inscrição do ato constitutivo;

**b)** cópia a do Cartão de Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

**c)** cópia das certidões negativas ou de regularidade com a Fazenda Nacional, Estadual e Municipal da sede da empresa;

**d)** cópia da prova de regularidade junto ao INSS;

**e)** copia da prova de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;

**f)** cópia da certidão negativa de débitos trabalhistas e de Falência e Concordata da sede da empresa;

**g)** cópia de certificado de registro da entidade no respectivo Conselho Regional de Medicina;

**h)** cópia dos títulos de especialidade dos médicos;

**i)** cópia do alvará de fiscalização da Vigilância Sanitária;

j) declaração do(a) proponente de que não possui impedimentos para licitar ou contratar com a Administração Pública;

6 – DA OFERTA DE SERVIÇOS

6.1 – O envelope contendo a documentação referente à oferta dos serviços a serem prestados pelo(a) proponente deverá ser apresentado sem rasuras ou emendas, datado e devidamente assinado, e, ainda, rubricado em todas as suas páginas e anexos.

6.2 – O envelope deverá conter ainda as seguintes informações e/ou elementos:

a) relação dos serviços que propõe a realizar (conforme termo de referência equivalente aos procedimentos exigidos por este credenciamento e contidos na Tabela – anexo III);

b) relação das unidades disponíveis para atendimento aos usuários constando endereço completo, horário de funcionamento e número do telefone;

6.3 – Os serviços de saúde serão distribuídos por nível de complexidade, de forma descentralizada, contemplando as unidades que as compõem a rede municipal SUS.

7 – DO PROCESSAMENTO

7.1 – Os envelopes de habilitação e oferta de serviços serão abertos e avaliados, pela Comissão Permanente de Licitação do CIDES-LESTE, durante o Exercício Financeiro 2019 e seguintes, mediante eventuais termos de prorrogação de vigência.

7.1.2 – As informações fornecidas pelos proponentes serão conferidas *in loco* antes da assinatura do contrato, através da Comissão Técnica a ser formada pelo Órgão de Controle e Avaliação do CIDES-LESTE.

7.1.3 – A Comissão Técnica procederá vistoria nas instalações do(a) proponente sempre que julgar necessário.

7.2 – Após a abertura e conferência da documentação apresentada, a Comissão de Licitação sempre lavrará ata com visto dos presentes, devendo constar:

a) nome dos(as) proponentes;

b) nomes do(as) proponentes eliminados, bem como os motivos;

c) outros fatos de interesse.

7.3 – O(A) proponente que tiver sua proposta rejeitada será comunicado(a) oficialmente sobre os fatos que motivarão a rejeição.

7.4 – Para definição da Planilha de Contratação de Serviços junto aos prestadores, quando da assinatura do contrato, o CIDES-LESTE poderá propor e negociar remanejamentos, reduzindo a oferta do prestador em um ou mais procedimentos e/ou ampliando em outros, com vistas a atender as necessidades de oferta de serviços pela rede SUS, e de acordo com a capacidade instalada do contratado.

8 – DOS CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

8.1 – Será rejeitada a proposta que não atender as exigências do ato convocatório ou que tenha cotado preços em desconformidade com a tabela do SUS/CIDES-LESTE.

8.2 – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitação conjuntamente com a Equipe Técnica do CIDES-LESTE.

9 – DA RATIFICAÇÃO

9.1 – Concluídos os trabalhos das Comissões de Licitação e Técnica, obedecido o prazo legal para recurso ou se este estiver definitivamente denegado, o Secretário Executivo ratificará os atos das Comissões.

10 – DO PREÇO

10.1 – O CIDES-LESTE pagará, mensalmente, a importância correspondente aos serviços efetivamente prestados, nos valores unitários de cada procedimento conforme tabela do SUS/CIDES-LESTE (CONTRAPARTIDA) em vigor, suscetíveis dos respectivos repasses dos Municípios contratantes dos serviços.

10.2 – Os valores estipulados nas tabelas do SUS/CIDES-LESTE serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

10.3 – Resguardado o preço da tabela nacional de remuneração de procedimentos do SUS/CIDES-LESTE, o CIDES-LESTE poderá a sua conveniência e disponibilidade financeira, criar incentivos de valorização que alterem o valor dos procedimentos pagos.

10.4 – A revisão da tabela independerá de termo aditivo, bastando anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores e cópia da publicação.

11 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

11.1 – As despesas decorrentes das contratações serão cobertas por dotações orçamentárias específicas em vigor.

12 – DO CONTRATO

12.1 – O contrato respeitará integralmente o presente Edital, a legislação vigente e as disposições do CIDES-LESTE.

12.2 – O contrato vencerá ao final de cada exercício financeiro, podendo ser prorrogado por sucessivos períodos, mediante concordância das partes e interesse público, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, em conformidade com o Art. 57 da Lei 8.666/93.

12.3 – A prorrogação dependerá de vistoria a ser realizada pela Comissão Técnica do Órgão de Controle e Avaliação.

12.4 – O (A) contratado(a) não poderá ceder o contrato a qualquer pessoa física ou jurídica, nem sub-contratar total ou parcialmente os serviços, devendo todos os procedimentos serem realizados pelo(a) contratado(a).

13 – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1 – O(A) contratado(a) apresentará mensalmente, até o 5º dia útil do mês subseqüente à prestação dos serviços, as faturas dos procedimentos realizados, as requisições devidamente autorizadas pelo CIDES-LESTE.

13.1.1 – Para fins de prova da data de apresentação de contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao contratado(a) recibo, assinado e rubricado por servidor designado para tanto, com aposição do respectivo carimbo funcional.

13.2 – O CIDES-LESTE, após a conferência dos documentos, efetuará o pagamento dia 25 do mês subseqüente a prestação do serviço.

13.3 – As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados serão devolvidas ao contratado(a) para as devidas correções, devendo ser representadas no mês subseqüente àquele em que ocorreu a devolução, devidamente acompanhado do documento original que informou a rejeição.

13.4 – O pagamento de procedimentos indevidos, impróprios ou rejeitados, será debitado pelo CIDES-LESTE na fatura do mês seguinte.

13.5 – O(A) contratado(a) deverá anexar ao BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) prova de quitação de débitos relativos ao INSS, FGTS.

13.6 – O pagamento se efetuará mediante cumprimento das cláusulas de responsabilidades elencadas no Edital, não ensejando, pelo atraso, juros nem correção monetária quando ocorrer qualquer forma de inadimplemento.

13.7 – O CIDES-LESTE responderá pelos encargos financeiros assumidos dentro do limite dos recursos que lhe são repassados por cada Município Consorciado.

14 – DAS RESPONSABILIDADES

14.1 – Do(a) Contratado(a)

14.1.1 – Realizar os serviços e/ou procedimentos nas quantidades e especificações previstas na Planilha de Programação de Serviços e nos prazos determinados pelo CIDES-LESTE.

14.1.2 – Responsabilizar-se por todo e qualquer dano e/ou prejuízo que vier a causar ao CIDES-LESTE, ao usuário deste e/ou terceiro na execução dos serviços contratados.

14.1.3 – Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço, bem como preveni-los quanto aos riscos inerentes à atividade.

14.1.4 – Afixar aviso, em local visível, de sua condição de integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

14.1.5 – Informar ao CIDES-LESTE eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário, ou mudança de diretoria ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada dos documentos pertinentes.

14.1.6 – Executar, conforme a melhor técnica, os serviços contratados.

14.1.7 – Permitir o acesso dos supervisores e auditores do SUS/CIDES-LESTE para supervisionar e acompanhar a execução dos serviços de saúde e do termo de contrato celebrado.

14.1.8 – Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas.

14.1.9 – Encaminhar os relatórios necessários ao CIDES-LESTE.

14.1.10 – Colocar à disposição da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, todas as consultas médicas e procedimentos especializados contratados.

14.1.11 – Atender o paciente do SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário.

14.1.12 – Esclarecer ao paciente do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

14.1.13 – Apresentar ao SUS, sempre que solicitado, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais.

14.2 – Do Contratante

14.2.1 – Fixar quantitativo de serviço, conforme limites estabelecidos na Planilha de Programação de Serviços.

14.2.2 – Orientar o(a) contratado(a) quanto a execução dos serviços.

14.2.3 – Preparar os expedientes referentes ao pagamento das parcelas contratuais.

14.2.4 – Vistoriar, quando necessário, as instalações do(a) prestador(a) de serviços, para verificar ser persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do contrato.

14.2.5 – Fazer os encaminhamentos dos usuários através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, com exceção da procura direta que ocorrerá apenas nos serviços de urgência e emergência.

14.2.6 – Autorizar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

15 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

15.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência do(a) contratado(a), sujeitando-se, dentre outras, às seguintes penalidades, aplicáveis por representação do CIDES-LESTE e aprovadas pelo Conselho:

I – Advertência;

II – Multa;

III – Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com o CIDES-LESTE, nos termos do artigo 87, III da Lei nº 8.666/93;

IV – Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com o CIDES-LESTE, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;

V – Rescisão;

VI – Suspensão temporária dos encaminhamentos de usuários.

16 – DAS PENALIDADES

16.1 – O(A) contratado(a) estará sujeito(a) às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/93, garantindo sempre o amplo direito de defesa e o contraditório.

16.2 – Caso o(a) contratado(a) venha a se conduzir culposamente no curso do contrato, infringindo por negligência, imprudência ou imperícia as cláusulas do contrato, ser-lhe-á cominada uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura do mês de ocorrência do fato.

16.3 – Caso o(a) contratado(a) venha a se conduzir dolosamente durante a execução do serviço, a multa será de 3% (três por cento) sobre o valor do contrato.

16.4 – Caso o(a) contratado(a) abandone a prestação do serviço, além de outras cominações legais, a multa será de 5% (cinco por cento) do valor do contrato.

16.5 – As multas serão automaticamente descontadas dos créditos regulares do(a) contratado(a), e serão aplicadas por representação da Secretaria Municipal de Saúde, que será, obrigatoriamente, aprovada pelo Prefeito Municipal.

17 – DA FISCALIZAÇÃO

17.1 – A Contratada sujeitar-se-á à fiscalização por parte do CIDES-LESTE quanto a aferição da qualidade e eficiência dos serviços prestados, devendo atender todos os pedidos de informação que se fizerem necessários.

17.2 – A fiscalização de que trata o item anterior, será exercida pelo CIDES-LESTE, através de seu Órgão Interno de Controle e Avaliação, bem como emanará da mesma todas as instruções sobre procedimentos a serem adotados para cumprimento do serviço contratado.

17.3 – A existência de fiscalização não eximirá o(a) contratado(a) de nenhuma responsabilidade pela execução dos serviços.

17.4 – Anualmente, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do término do contrato, se for interesse das partes a sua prorrogação, o CIDES-LESTE vistoriará as instalações do(a) contratado(a) para verificar se persistem as mesmas condições técnicas comprovadas na ocasião da assinatura do contrato.

17.5 – O CIDES-LESTE, no exercício do seu poder de fiscalização, controle e avaliação das ações, terá pleno acesso ao serviço contratado.

18 – DA RESCISÃO

18.1 – O CIDES-LESTE poderá declarar rescindido o contrato celebrado independente de interpelação judicial ou extrajudicial, por interesse público devidamente fundamentado e no caso de descumprimento de qualquer cláusula contratual, ou:

18.1.1 – Se cometida qualquer fraude pelo(a) contratado(a);

18.1.2 – Se o(a) contratado(a) não cumprir quaisquer obrigações e/ou responsabilidades nos termos deste Edital;

18.1.3 – No caso de pessoa jurídica, se a empresa entrar em processo de falência, recuperação judicial ou dissolução;

18.2 – Na rescisão aplicar-se-á, no que couber, o disposto nos artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

19 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

19.1 – Das decisões proferidas neste procedimento caberá recurso nos termos da Lei nº 8.666/93.

20 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1 – O presente procedimento poderá ser anulado ou revogado em qualquer de suas fases, não cabendo ao vencedor do certame indenização ou ressarcimento de qualquer natureza.

20.2 – Integram o presente Edital os seguintes anexos:

1. ANEXO I – Minuta do Termo de Credenciamento;
2. ANEXO II – Planilha de Programação de Serviços;
3. ANEXO III – Modelo de Termo de Compromisso;
4. ANEXO IV – Modelo de Apresentação de Oferta de Serviços.

20.3 – Quaisquer esclarecimentos e dúvidas relativas ao presente Edital deverão ser solicitados à Comissão Permanente de Licitação do CIDES-LESTE por escrito, com sede na Avenida Moacir de Matos, nº. 362, Centro, Caratinga/MG, telefone (33) 3321 1172.

Caratinga/MG, 31 MARÇO de 2020

Vânia Vieira Franco

Secretária Executiva

Davi Teixeira Marques

Presidente da CPL

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 16/2020

INEXIGIBILIDADE Nº 002/2020

ANEXO I

MINUTA DO CONTRATO

# Pelo presente instrumento de CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA, figurando de um lado, como CONTRATANTE, CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DO LESTE DE MINAS - CIDES/LESTE, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrita no CNPJ sob o nº 12.963.113/0001-71, com sede administrativa a Avenida Moacir de Mattos, nº 362, Centro, Caratinga/MG, neste ato devidamente representado pelo seu Presidente, e, como CONTRATADO, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica/física inscrita no CNPJ/CPF sob o nº. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, têm entre si, como justo e contratado, na melhor forma de direito, observadas as normas de direito público e de direito administrativo, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as seguintes cláusulas essenciais e condições:

# I - DO OBJETO E SEUS ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS

# O objetivo da presente contratação é a prestação de serviços de assistência à saúde, conforme anexo deste contrato, a ser desempenhada aos usuários indicados pelo CONTRATANTE e previamente agendados junto ao CONTRATADO.

# II - DO REGIME DE EXECUÇÃO

# Execução direta, na modalidade mensal, por tempo certo e determinado e em caráter de interesse público, conforme o Processo Administrativo nº. 016/2020, Inexigibilidade nº. 002/2020, na Modalidade Credenciamento.

# III - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

# Fica estabelecida que a remuneração de dará por produção, tendo como referência os valores constantes no anexo deste contrato e no edital de credenciamento, e que o pagamento será efetuado de forma mensal, até o dia 10 de cada mês subsequente aos serviços prestados.

# IV - DOS PRAZOS

# Este contrato tem como prazo de vigência o período compreendido:

# Prazo de início: XXX de XXXXXXXXXX de 2020;

# Prazo de Conclusão: 31 de Dezembro de 2020.

# V - DO CRÉDITO PELO QUAL CORRERÁ A DESPESA

# RUBRICA ORÇAMENTÁRIA:

# XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

# VI - DOS DIREITOS E AS RESPONSABILIDADES DAS PARTES

# - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO - Executar os serviços pessoais em favor do Consórcio, durante o prazo de vigência deste instrumento, empenhando esforços no desempenho dos trabalhos realizados.

# - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE - Disponibilizar todos os meios necessários para a execução dos serviços.

# O presente contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

# O CONTRATADO não poderá subcontratar ou ceder a terceiros os seus serviços ora contratados.

# Executado o contrato, o seu objeto será recebido pela Administração do CONTRATANTE, desde que esteja nos moldes exigidos por este contrato, não excluindo a responsabilidade civil pela solidez e segurança do serviço, dentro dos limites estabelecidos neste instrumento.

# O CONTRATANTE fica autorizado, no direito que lhe confere, a modificar o presente contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público; rescindir o presente contrato, nos casos previstos neste instrumento e nos casos previstos em lei; fiscalizar a execução do contrato; e, aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

# O CONTRATANTE não poderá alterar as cláusulas econômico-financeiras sem prévia concordância do CONTRATADO.

# O presente contrato poderá sofrer alterações com as devidas justificativas, unilateralmente, pelo CONTRATANTE, quando houver modificações do projeto ou das especificações dos serviços aos seus objetivos e quando necessária à modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto. Poderá ser alterado o presente contrato, por acordo entre ambas as partes, quando necessária à modificação do regime de execução dos serviços ou fornecimento, em face de originários e, quando necessária modificação da forma de pagamento por imposição de circunstâncias supervenientes.

# Fica vedada a antecipação de pagamentos, com relação ao cronograma financeiro fixado neste contrato, sem a correspondente contraprestação de fornecimento de serviços.

# O CONTRATADO fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias nos serviços.

# VII - O VALOR DA MULTA

# Fica fixada a multa no valor correspondente a 10% (dez por cento), sobre o valor total deste contrato, em prejuízo da parte que infringir qualquer cláusula ou condição deste contrato.

# VIII - DAS PENALIDADES

# O CONTRATADO fica desde já obrigado ao exercício da função pública, nos limites e obrigações igualmente impostos aos servidores efetivos e comissionados, sem que, com isso, adquira direito igual aos benefícios individuais previstos no texto legal, com exceção a aqueles inerentes ao exercício de determinada função.

# As sanções administrativas e a tutela judicial aplicam-se a ambas as partes pactuadas neste contrato, conforme disposto em lei.

# Além das condições estabelecidas neste instrumento contratual, as partes ajustarão condições, obrigações e responsabilidades recíprocas, de modo a não prejudicar o interesse público e nem a probidade administrativa.

# IX - DOS CASOS DE RESCISÃO E DE EXTINÇÃO

# São casos de rescisão contratual o não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações, projetos, serviços e prazos; o cumprimento irregular de cláusulas instituídas neste contrato, especificações, projetos, serviços ou prazos; a paralisação do serviço ou fornecimento, sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE; o cometimento reiterado de faltas na execução deste contrato, além de outros legalmente estabelecidos.

# Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados em autos de processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, porém assegurados todos os direitos de interesse público, conveniência administrativa e disponibilidade de recursos financeiros pelo CONTRATANTE.

# O não cumprimento de qualquer cláusula e condições deste contrato poderá importar em sua rescisão.

# O presente contrato extinguir-se-á, sem direito a indenizações, pelo término do prazo contratual ou por iniciativa de ambas as partes;

# A extinção do contrato será consumada mediante comunicação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, respeitados os direitos de cada uma das partes, nos casos de rescisão antecipada, exceto se houver comprovada justa causa.

# O tempo de serviço prestado por força da presente contratação será contado para todos os fins e efeitos.

# X - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DESTE CONTRATO E DOS CASOS OMISSOS

# Fica o presente contrato vinculado às Leis que lhe são correlatas e ainda aos preceitos legais instituídos pelo Direito Público quanto aos contratos administrativos e às disposições constitucionais pertinentes e aos princípios da teoria geral dos contratos.

# Os casos omissos, as dúvidas e as questões incidentes serão resolvidos pela autoridade superior que represente o CONTRATANTE e na impossibilidade desta, a competência será do Poder Judiciário da Comarca do CONTRATANTE.

# XI - DO FORO

# As partes elegem o Foro da Comarca de Caratinga - Minas Gerais, para dirimirem possíveis casos omissos, dúvidas e as questões incidentes oriundas do presente contrato, renunciando qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

# XII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

# Assim, na melhor forma de direito, sendo livres, capazes e conscientes as partes, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor, forma e espaço, sendo cada via composta de laudas digitadas e impressas, informaticamente, na presença de duas testemunhas que conhecem o teor do mesmo e que também assinam, para maior validade jurídica.

# Caratinga/MG, XXX de XXXXXXXXXX de 2020

# Presidente do CIDES/LESTE

# Contratante

# XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

# Contratado

# TESTEMUNHAS:

# 1ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 2ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0016/2020

INEXIGIBILIDADE Nº 002/2020

ANEXO II

ROL DE PROCEDIMENTOS

|  |  |
| --- | --- |
| **TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES** | |
| **PROCEDIMENTO** | **VALOR** |
| ACESSO CUTANEO | R$ 550,00 |
| ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| ADENOIDECTOMIA | R$ 1.490,00 |
| ALERGIA /IMUNOLOGIA /DERMATOLOGIA | R$ 50,00 |
| ALERGIA /IMUNOLOGIA /DERMATOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMARIA | R$ 63,92 |
| AMíGDALAS DIREITA E ESQUERDA -BIOPSIA | R$ 100,00 |
| AMIGDALAS E ADENOIDE -BIOPSIA | R$ 165,00 |
| AMIGDALECTOMIA | R$ 1.490,00 |
| ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DE URINA | R$ 3,70 |
| ANESTESIA PARA PROCEDIMENTO CIRúRGICO ELETIVO | R$ 250,00 |
| ANESTESIA PARA EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 220,00 |
| ANESTESIA PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA EM AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 250,00 |
| ANGIOLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTAR ELETIVA DE ANGIOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| ANG RM CRâNIO | R$ 550,00 |
| ANG RM ABDOMINAL | R$ 800,00 |
| ANG RM CARóTIDAS E VERTEBRAIS | R$ 800,00 |
| ANG RM DE COLANGIO | R$ 800,00 |
| ANG RM DE AORTA ABDOMINAL | R$ 800,00 |
| ANG RM DE AORTA TORACICA | R$ 800,00 |
| ANGIOGRAFIA CEREBRAL ( 4 VASOS) | R$ 700,00 |
| ANGIOGRAFIA / RETINOGRAFIA | R$ 200,00 |
| ANGIORESSONANCIA CEREBRAL | R$ 301,00 |
| Angio-Rm (Crânio Ou Pescoço Ou Tórax Ou Abdome Superior Ou Pelve) – Arterial Ou Venosa | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Abdome Superior | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Crânio | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Membro Inferior (Unilateral) | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Membro Superior (Unilateral) | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Pelve | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial De Pescoço | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Arterial Pulmonar | R$ 685,00 |
| Angio-Rm De Aorta Abdominal | R$ 685,00 |
| Angio-Rm De Aorta Torácica | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Venosa De Crânio | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Venosa De Membro Inferior (Unilateral) | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Venosa De Membro Superior (Unilateral) | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Venosa De Pelve | R$ 685,00 |
| Angio-Rm Venosa De Pescoço | R$ 685,00 |
| Angiotomografia (Crânio Ou Pescoço Ou Tórax Ou Abdome Superior Ou Pelve) – Arterial Ou Venosa | R$ 375,00 |
| Angiotomografia (Crânio Ou Pescoço Ou Tórax Ou Abdome Superior Ou Pelve) | R$ 487,15 |
| Angiotomografia Arterial De Abdome Superior | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Arterial De Crânio | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Arterial De Membro Inferior | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Arterial De Membro Superior | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Arterial De Pelve | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Arterial De Pescoço | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Coronariana | R$ 375,00 |
| Angiotomografia De Aorta Abdominal | R$ 375,00 |
| Angiotomografia De Aorta Torácica | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Crânio | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Membro Inferior | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Membro Superior | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Pelve | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Pescoço | R$ 375,00 |
| Angiotomografia Venosa De Tórax | R$ 375,00 |
| ANTI GLAUCOMATOSA | R$ 1.100,00 |
| ANTIBIOGRAMA | R$ 4,98 |
| ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAçãO INIBITORIA MINIMA | R$ 13,33 |
| AORTOGRAFIA ABDOMINAL | R$ 212,50 |
| AORTOGRAFIA TORACICA | R$ 190,89 |
| AORTOGRAFIA ABDOMINAL + ARTERIOGRAFIA RENAL | R$ 700,00 |
| AORTOGRAFIA ABDOMINAL + ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR | R$ 700,00 |
| APARELHO URINARIO | R$ 28,00 |
| APLICAçãO DE SELANTE | R$ 60,00 |
| APLICAçãO DE VEIA | R$ 100,00 |
| ARTICULAçãO | R$ 65,00 |
| ARTOGRAFIA ABDOMINAL+ARTOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR | R$ 700,00 |
| Articulação (Esternoclavicular Ou Ombro Ou Cotovelo Ou Punho Ou Sacroilíacas Ou Coxofemoral Ou Joelho Ou Pé) - Unilatera | R$ 97,16 |
| Articular (Por Articulação) | R$ 72,80 |
| Artro-Rm (Incluir A Punção Articular) - Por Articulação | R$ 685,00 |
| Artro-tc | R$ 375,00 |
| áUDIO + IMPEDANCIOMETRIA | R$ 80,00 |
| Áudio + VECTOELETRO | R$ 145,00 |
| AUDIOMETRIA | R$ 45,00 |
| AVALIAçãO | R$ 100,00 |
| AVALIAçãO DE VIAS LACRIMAIS SONDAGEM | R$ 40,00 |
| BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R$ 4,20 |
| BACTEROSCOPIA (GRAM) | R$ 2,80 |
| BIOMETRIA ULTRASSONICA OU ECOBIOMETRIA | R$ 100,00 |
| BIOPSIA – INTRA ORAL | R$ 250,00 |
| BIOPSIA HEPATICA | R$ 50,00 |
| BIOPSIA PERCUTANIA | R$ 148,75 |
| BIOPSIA RENAL | R$ 450,00 |
| BIOPSIA DE MAMA | R$ 165,00 |
| BIOPSIA DE MAMA- PeçA CIRURGICA | R$ 150,00 |
| BIOPSIA DO COLO UTERINO | R$ 50,00 |
| BIOPSIA DO COLO UTERINO- PEçA CIRúRGICA | R$ 150,00 |
| BIOPSIA DO ESóFAGO | R$ 50,00 |
| BIOPSIA DE UTERO | R$ 165,00 |
| BIOPSIA PLACENTA +CORDãO UMBILICAL | R$ 110,00 |
| BIOPSIA PLEURAL ( C. MATERIAL) | R$ 190,00 |
| BIOPSIA PROSTATA INTEIRA (PROSTATA MARGENS CIRUGICAS URETRAL E SEMINAL SEM VISICULAS | R$ 150,00 |
| BIOPSIA PROSTATA INTEIRA (PROSTATA, MARGEM CIRURGICA URETRAL E SIMINAL E VISICULAS SE | R$ 250,00 |
| BIOPSIA PROSTATA POR AGULHA FINA (12 AMOSTRAS) | R$ 330,00 |
| BIOPSIA PROSTATA | R$ 165,00 |
| BIOPSIA PRóSTATA ( C. MATERIAL) | R$ 400,00 |
| BIOPSIA VISICULA | R$ 110,00 |
| BRONCOSCOPIA | R$ 440,00 |
| CARDIOLOGIA | R$ 50,00 |
| CAF | R$ 50,00 |
| CAPSULOTOMIA A YAG LASER | R$ 260,00 |
| CAMPIEMETRIA COMPUTADORIZADA | R$ 90,00 |
| CAMPIMETRIA MANUAL | R$ 80,00 |
| CANAL PRÉ-MOLARES | R$ 130,00 |
| CAPTURA HIBRIDA (CADA 01) | R$ 440,00 |
| CANAL-MOLARES | R$ 170,00 |
| CAMPO VISUAL | R$ 90,00 |
| CATETERISMO CADIACO + VENTRIC.ESQUERDO | R$ 1000,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE CARDIOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| CINTILOGRAFIA DE MIOCáRDIO P/ LOCALIZAçãO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJEçõES ) | R$ 166,47 |
| CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) | R$ 190,99 |
| CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | R$ 324,54 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67 | R$ 457,55 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRAçAO | R$ 127,51 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMãO POR INALAçãO (MINIMO 2 PROJEçOES) | R$ 128,12 |
| CINTILOGRAFIA DE PULMãO POR PERFUSãO (MINIMO 4 PROJEçõES) | R$ 130,50 |
| CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67 | R$ 457,55 |
| CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67 | R$ 457,55 |
| CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETíCULO-ENDOTELIAL (MEDULA Óssea) | R$ 112,61 |
| CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL | R$ 108,94 |
| CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO | R$ 77,28 |
| CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO | R$ 107,30 |
| CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES | R$ 114,02 |
| CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFáGICO (LIQUIDO) | R$ 135,38 |
| CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFáGICO (SEMI-SOLIDO) | R$ 135,38 |
| CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO | R$ 144,22 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | R$ 114,86 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | R$ 157,23 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA APÓS ATIVA | R$ 310,82 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO | R$ 135,38 |
| CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO | R$ 338,70 |
| CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACãO DE SHUNT EXTRACARDIACO | R$ 142,57 |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA | R$ 165,24 |
| CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA | R$ 133,03 |
| CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | R$ 133,03 |
| CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAçãO DE ESFORCO | R$ 214,85 |
| CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CâMARAS CARDíACAS EM SITUAçãO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | R$ 176,72 |
| CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO) | R$ 229,98 |
| CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | R$ 137,73 |
| CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | R$ 161,84 |
| CIRURGIA AMBULATORIAL | R$ 200,00 |
| CIRURGIA APEDICECTOMIA CONVENCIONAL | R$ 3.500,00 |
| CIRURGIA COLECISTECTOMIA | R$ 2.400,00 |
| CIRURGIA DE CALAZIO | R$ 400,00 |
| CIRURGIA DE CATARATA CONGENITA | R$ 800,00 |
| CIRURGIA DE HERNIA INCISIONAL | R$ 1.700,00 |
| CIRURGIA DE HERNIA INGUINAL | R$ 2.200,00 |
| CIRURGIA DE HERNIA UMBILICAL | R$ 2.200,00 |
| CIRURGIA DE URGêNCIAS – ORTOPéDICA | R$ 350,00 |
| CIRURGIA DE URETERORENOLITOTRIPSIA SEMI RIGIDA( UTL + DUPLO J) | R$ 2.450,00 |
| CIRURGIA DE GASTROSTOMIA | R$ 2.200,00 |
| CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DE MEBRO | R$ 1.415,00 |
| CIRURGIA ELETIVA- ORTOPEDIA | R$ 400,00 |
| CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 250,00 |
| CIRURGIA HIDROCELE | R$ 1.550,00 |
| CIRURGIA GERAL | R$ 4.000,00 |
| CIRURGIA RTU | R$ 1.980,00 |
| CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA | R$ 468,00 |
| CIRURGIA PERIODONTAL | R$ 100,00 |
| CIRURGIA VASCULAR -1MEMBRO INFERIOR | R$ 750,00 |
| CIRURGIA VASCULAR -2 MEMBROS INFERIORES | R$ 1.150,00 |
| CIRURGIAO GERAL | R$ 100,00 |
| CIRURGIAO PLATICO | R$ 100,00 |
| CIRURGIAO-VASCULAR | R$ 100,00 |
| CISTOS ORAFACIAIS ( AMBULATóRIO) | R$ 750,00 |
| CISTOS ORAFACIAIS ( HOSPITALAR) | R$ 1.500,00 |
| CISTOSCOPIA | R$ 220,00 |
| CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | R$ 4,33 |
| CITOQUIMICA HEMATOLOGIA | R$ 6,48 |
| CLEARANCE DE CREATININA | R$ 3,51 |
| CLEARANCE DE FOSFATO | R$ 3,51 |
| CLEARANCE DE UREIA | R$ 3,51 |
| CLINICO GERAL | R$ 45,00 |
| CONSULTA ELEITIVA EM COM CLÍNICO GERAL AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA | R$ 50,78 |
| COLANGIOGRAFIA POS OPERATORIA | R$ 255,51 |
| COLONOSCOPIA COM BIóPSIA/ C/ SEDACAO | R$ 800,00 |
| COLONOSCOPIA COM BIóPSIA/ C/ SEDACAO AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 1.600,00 |
| COLOPROCTOLOGIA | R$ 100,00 |
| COLPOPERINEOPLASTIA | R$ 1.390,00 |
| COLPOSCOPIA (MATERIAL) | R$ 200,00 |
| CONGELAMENTO/PARAFINA(EXCETO COLO UTERINO)PeçA CIRúRGICA | R$ 150,00 |
| CONSULTA NUTRIçãO | R$ 30,00 |
| CONTRASTE PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EM AMBIENTE HOSP. | R$ 220,00 |
| CONTRASTE PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R$ 100,00 |
| CONTRASTE PARA EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA AMBIENTE HOSP. | R$ 220,00 |
| CONTRASTE PARA EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA | R$ 100,00 |
| CONTAGEM DE ADDIS | R$ 2,04 |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | R$ 2,73 |
| CONTAGEM DE RETICULóCITOS | R$ 2,73 |
| CONTAGEM ESPECIFICAS DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| CORE ( PUNçãO DE MAMA POR AGULHA GROSSA) | R$ 300,00 |
| CORPO ESTRANHO -OUVIDO ,NARIZ,FARINGE | R$ 50,00 |
| CORREçãO DE CIRURGIA DE HERNIA DE IRIS | R$ 255,00 |
| CREATINA | R$ 1,85 |
| CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAçãO | R$ 5,62 |
| CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZAçãO) | R$ 4,33 |
| CULTURA PARA BAAR | R$ 5,63 |
| CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS | R$ 10,25 |
| CULTURA PARA IDENTIFICAçãO DE FUNGOS | R$ 4,19 |
| CURATIVO GRANDE ESPECIAL | R$ 182,50 |
| CURVA TENSIONAL DIARIA BINOCULAR | R$ 100,00 |
| DACRIOCISTORRINOSTOMIA | R$ 380,00 |
| DEMONSTRAçãO DE SEQUESTRO DE HEMáCIAS PELO BACO (C/ RADIOISóTOPOS) | R$ 109,05 |
| DENSITOMETRIA Óssea | R$ 100,00 |
| DENTES EMPACTADOS OU INCLUSOS (CADA) | R$ 350,00 |
| DEDO DE GATILHO | R$ 990,00 |
| DEDO EM MARTELO DAS MÃOS | R$ 1.190,00 |
| DEFECOGRAMA | R$ 92,94 |
| DERMATOLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELETIVA DERMATOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| DETERMINAçãO DE CAPACIDADE DE FIXAçãO DO FERRO | R$ 2,01 |
| DETERMINAçãO DE CARIOTIPO DE SANGUE PERIFERICO ( C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 32,48 |
| DETERMINAçãO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS ( C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 32,48 |
| DETERMINAçãO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/TECNICA DE BANDAS) | R$ 32,48 |
| DETERMINAçãO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO(C/TECNICA DE BANDAS) | R$ 32,48 |
| DETERMINAçãO DE COMPLEMENTO(CH50) | R$ 9,25 |
| DETERMINAçãO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS | R$ 15,65 |
| DETERMINAçãO DE CURVA DE RESISTêNCIA GLOBULAR | R$ 2,73 |
| DETERMINAçãO DE CURVA GLICEMICA C/INDUçãO POR CORTISONA(4 DOSAGEM) | R$ 3,68 |
| DETERMINAçãO DE CURVA GLICEMICA(2 DOSAGENS) | R$ 3,63 |
| DETERMINAçãO DE FATOR REUMATOIDE | R$ 2,83 |
| DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR | R$ 70,81 |
| DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL | R$ 70,81 |
| DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL | R$ 138,80 |
| DETERMINAçãO DE FOSFOLIPIDIOS RELAçãO LECITINIA-ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| DETERMINAçãO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | R$ 350,00 |
| DETERMINAçãO DE RECPTORES TUMORAIS HORMONAIS | R$ 350,00 |
| DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS) | R$ 60,80 |
| DETERMINAçãO DE T3 REVERSO | R$ 13,35 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO DE COAGULAçãO | R$ 2,73 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | R$ 9,00 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO DE SANGRAMENTO – DUKE | R$ 2,73 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO DE TROMBINA | R$ 2,85 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R$ 5,77 |
| DETERMINAçãO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | R$ 2,73 |
| DETERMINAçãO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAçãO (VHS) | R$ 2,73 |
| DETERMINAçãO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R$ 1,37 |
| DETRMINAçãO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA(5DOSAGEM) | R$ 10,00 |
| DETRMINAçãO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA | R$ 9,25 |
| DIAGNOSTICA OU ECOGRAFIA | R$ 90,00 |
| DIARIA DE UTI 1ª DIARIA | R$ 900,00 |
| DIARIA DE UTI 2ª DIARIA | R$ 1.800,00 |
| DILATAçãO URETAL | R$ 220,00 |
| DOCUMENTAçãO BOCA TODA | R$ 200,00 |
| DOCUMENTAçãO PANORAMICA ,TELE TRAçADO ,TODAS AS FOTOS ,UM PAR DE MODELOS ,PASTA COM FICHA ,CD | R$ 105,00 |
| DOCUMENTAçãO PANORAMICO | R$ 125,00 |
| DOPLLER DE CERVICAL | R$ 200,00 |
| DOPLLER DE TIREOIDE | R$ 180,00 |
| DOPPLER ABDOMINAL | R$ 300,00 |
| DOPPLER DE BOLSA ESCROTAL | R$ 200,00 |
| DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL | R$ 110,00 |
| DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R$ 110,00 |
| DOPPLER DE AORTA E ILIACAS | R$ 156,80 |
| DOPPLER ENDOVAGINAL | R$ 200,00 |
| DOPPLER DE AORTA E ARTERIAS RENAIS | R$ 156,80 |
| DOPPLER DE ARTERIAS VISCERAIS ( MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO) | R$ 145,60 |
| DOPPLER DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA | R$ 156,80 |
| DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL | R$ 555,52 |
| DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R$ 138,88 |
| DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA | R$ 337,54 |
| DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | R$ 10,00 |
| DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R$ 2,83 |
| DOSAGEM DE POTASSIO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE 17 – CETOSTERóIDES TOTAIS | R$ 6,11 |
| DOSAGEM DE 17 – HIDROXICORTICOSTERóIDES | R$ 6,11 |
| DOSAGEM DE 17- ALFA- HIDROXIPROGESTERONA | R$ 9,27 |
| DOSAGEM DE 5 NUCLEOTIDASSE | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE ACETONA | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACéTICO (SEROTONINA) | R$ 6,11 |
| DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R$ 2,06 |
| DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R$ 2,23 |
| DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | R$ 2,04 |
| DOSAGEM DE ACIDO URICO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R$ 15,65 |
| DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R$ 9,00 |
| DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA) | R$ 3,70 |
| DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R$ 12,28 |
| DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE ALDOLASE | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R$ 10,34 |
| DOSAGEM DE ALFA -1-GLICOPROTEINA ACIDA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE ALFA -FETOPROTEINA | R$ 15,06 |
| DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE ALUMINIO | R$ 27,50 |
| DOSAGEM DE AMILASE | R$ 2,25 |
| DOSAGEM DE AMONIA | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R$ 10,03 |
| DOSAGEM DE ANFETAMINAS | R$ 10,00 |
| DOSAGEM DE ANTEDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R$ 10,00 |
| DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE | R$ 4,11 |
| DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA) | R$ 16,42 |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA | R$ 6,48 |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA II | R$ 5,31 |
| DOSAGEM DE BARBITURATOS | R$ 13,13 |
| DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | R$ 13,48 |
| DOSAGEM DE BETA -2-MOGROGLOBULINA | R$ 13,55 |
| DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAçOES | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE CADMIO | R$ 6,55 |
| DOSAGEM DE CALCIO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE CALCITONINA | R$ 12,50 |
| DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R$ 17,53 |
| DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE CHUMBO | R$ 8,83 |
| DOSAGEM DE CITRATO | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE CLORETO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE COBRE | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE COLESEROL LDL | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE COLINESTERASE | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R$ 17,16 |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R$ 17,16 |
| DOSAGEM DE CORTISOL | R$ 8,57 |
| DOSAGEM DE CREATININA | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE CRETINOFOSFOQUINASE FRAçãO MB | R$ 4,12 |
| DOSAGEM DE CRETINOFOSFOQUINASE(CPK) | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA | R$ 2,83 |
| DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R$ 9,78 |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA(ISOENZIMAS FRAIONADAS) | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE DESIDROGENE LATICA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE DESIDROGENENASE GLUTAMICA | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | R$ 8,97 |
| DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | R$ 10,18 |
| DOSAGEM DE ESTRADIOL | R$ 8,83 |
| DOSAGEM DE ESTRIOL | R$ 10,04 |
| DOSAGEM DE ESTRONA | R$ 9,67 |
| DOSAGEM DE FATOR IX | R$ 7,61 |
| DOSAGEM DE FATOR V | R$ 4,73 |
| DOSAGEM DE FATOR VII | R$ 6,63 |
| DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) | R$ 15,00 |
| DOSAGEM DE FATOR X | R$ 6,66 |
| DOSAGEM DE FATOR XI | R$ 9,11 |
| DOSAGEM DE FATOR XII | R$ 10,51 |
| DOSAGEM DE FATOR XIII | R$ 6,66 |
| DOSAGEM DE FENITOINA | R$ 35,22 |
| DOSAGEM DE FERRITINA | R$ 15,59 |
| DOSAGEM DE FERRO SERICO | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE FIBRINOGêNIO | R$ 4,60 |
| DOSAGEM DE FOLATO | R$ 16,65 |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE FOSFORO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE FRUTOSE | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERESAE(GAMA GT) | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE GASTRINA | R$ 12,30 |
| DOSAGEM DE GLICOSE | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIôNICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R$ 6,83 |
| DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R$ 3,04 |
| DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | R$ 1,53 |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | R$ 2,73 |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R$ 7,86 |
| DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE HORMôNIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R$ 8,88 |
| DOSAGEM DE HORMôNIO FOLíCULO ESTIMULANTE (FSH) | R$ 6,86 |
| DOSAGEM DE HORMôNIO LUTEINIZANTE (LH) | R$ 7,80 |
| DOSAGEM DE HORMôNIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R$ 7,79 |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA E (IGE) | R$ 9,25 |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R$ 17,16 |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M(IGM) | R$ 17,16 |
| DOSAGEM DE INIBIDOR DE C-1 ESTERASE | R$ 4,10 |
| DOSAGEM DE INSULINA | R$ 8,84 |
| DOSAGEM DE LACTATO | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE LIPASE | R$ 2,25 |
| DOSAGEM DE LITIO | R$ 2,25 |
| DOSAGEM DE MAGNESIO | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE MERCURIO | R$ 2,04 |
| DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | R$ 10,00 |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R$ 8,12 |
| DOSAGEM DE MUCO PROTEINAS | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE OXALATO | R$ 3,68 |
| DOSAGEM DE PARATORMôNIO | R$ 37,50 |
| DOSAGEM DE PEPTíDEO C | R$ 13,35 |
| DOSAGEM DE PORFIRINAS | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE POTASSIO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE PROGESTERONA | R$ 8,89 |
| DOSAGEM DE PROLACTINA | R$ 8,83 |
| DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS | R$ 1,40 |
| DOSAGEM DE PROTEINAS ( URINA DE 24 HORAS) | R$ 204,00 |
| DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAçOES | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE PROTREINAS TOTAIS | R$ 1,40 |
| DOSAGEM DE RENINA | R$ 11,47 |
| DOSAGEM DE SODIO | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR ( C/ COLETA) | R$ 1,89 |
| DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R$ 13,35 |
| DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R$ 11,40 |
| DOSAGEM DE TEOFILINA | R$ 15,65 |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R$ 9,07 |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R$ 11,40 |
| DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R$ 13,35 |
| DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R$ 7,62 |
| DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R$ 10,09 |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA(TGO) | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R$ 4,12 |
| DOSAGEM DE TRASAMINASE GLUTAMIC-PIRUVICA (TGP) | R$ 2,01 |
| DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R$ 3,51 |
| DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R$ 7,57 |
| DOSAGEM DE UREIA | R$ 1,85 |
| DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R$ 15,24 |
| DOSAGEM DE ZINCO | R$ 15,65 |
| DOSAGEM DELACTATO | R$ 3,68 |
| DOSAGEMDE FRAçãO PROSTATICA DE FOSFATASE ACIDA | R$ 2,01 |
| DOUMENTAçãO TRES PERIP. | R$ 145,00 |
| DRENAGEM DE ABSCESSOS BOCA E ANEXOS | R$ 1.500,00 |
| DUPLEX SCAN | R$ 110,00 |
| DUPLEX SCAN – 3 MEMBROS | R$ 330,00 |
| DUPLEX SCAN -2 MEMBROS | R$ 220,00 |
| DUPLEX SCAN -4 MEMBROS | R$ 440,00 |
| ECG – ELETROCARDIOGRAMA | R$ 28,00 |
| ECOCARDIOGRAFIA | R$ 140,00 |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | R$ 403,20 |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES | R$ 341,60 |
| EEG – ELETROENCEFALOGRAMA | R$ 45,00 |
| ELETROCOAGULAçãO -CAUTERIZAçãO | R$ 175,00 |
| ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R$ 112,00 |
| ESÔFAGO - HIATO - ESTÔMAGO E DUODENO REDD | R$ 330,00 |
| ELETROFERESE DE LIPOPROTEINAS | R$ 4,42 |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R$ 5,41 |
| ELETROFORESE PROTEINAS C/ CONCENTRAçãO NO LIQUOR | R$ 5,23 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA – 2 MEMBROS | R$ 300,00 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA – 4 MEMBROS | R$ 600,00 |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA (UM MEMBRO) | R$ 150,00 |
| ENDOCRINOLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE ENDOCRINOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| ENDOSCOPIA / APARELHO PóPRIO / CONSULTóRIO | R$ 180,00 |
| ENDOSCOPIA NASAL | R$ 104,00 |
| ENDOSCOPIADIGESTIVA ALTA SEDAçãO | R$ 600,00 |
| EPISLUOXE ANTERIOR TAMPOMOMENTO | R$ 50,00 |
| ERGOMETRIA | R$ 95,00 |
| ERITROGRAMA(ERITRóCITOS,HEMOGLOBINA,HEMATóCRITO) | R$ 2,73 |
| ESCANOMETRIA | R$ 23,00 |
| ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA DENSA ( APLICAçãO DE ESPUMA EM VEIA) | R$ 1.300,00 |
| ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| ESQUELETO (INCIDÊNCIAS BÁSICAS DE: CRÂNIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS) | R$ 518,18 |
| ESPECTROSCOPIA POR RM | R$ 301,00 |
| ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR | R$ 90,00 |
| ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL | R$ 133,46 |
| ESTUDO FUNCIONAL OU PERFUSãO CEREBRAL OU ESPECTROSCOPIA | R$ 550,00 |
| ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO | R$ 185,07 |
| ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO) | R$ 72,80 |
| ESTUDO URODINAMICO | R$ 200,00 |
| EXAME ANAPATOLOGICO APENDICE CECAL-BIOPSIA | R$ 100,00 |
| EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA | R$ 25,00 |
| EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO(MINIMO 3 COLETAS) | R$ 25,00 |
| EXAME COPROLóGICO FUNCIONAL | R$ 3,04 |
| EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL) | R$ 25,00 |
| EXAME DE MOTILIDAE OCULAR | R$ 35,00 |
| EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) | R$ 2,80 |
| EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | R$ 3,70 |
| EXAMES DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS | R$ 1,89 |
| EXERESE DE CALCULO EM CONDUTO GLANDULAR SALIVAR (CONSULTORIO) | R$ 750,00 |
| EXERESE GLANDULA SALIVAR COM CALCULO | R$ 1.500,00 |
| EXERESE DE CONDILOMA ANAL | R$ 1.100,00 |
| EXODONTIA DE DENTE DECíDUOS | R$ 120,00 |
| EXODONTIA DENTES DECIDUOS | R$ 120,00 |
| EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR | R$ 500,00 |
| EXTRAÇÃO DE DENTE AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 800,00 |
| FACECTOMIA (CATARATA) | R$ 990,00 |
| FACE (INCLUI SEIOS DA FACE) | R$ 301,00 |
| FACOEMULSIFICAçAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRAVEL | R$ 643,00 |
| FACOEMULSIFICAçãO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR | R$ 535,00 |
| FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH-HR | R$ 10,65 |
| FISTULA BUCO NASAL/ BUCO SINUSAL | R$ 950,00 |
| FOTOCOACULAçãO A LASER (A SESSÃO) - MONOCULAR | R$ 275,00 |
| FRATURA NASALA | R$ 1.500,00 |
| FURUNCULO DRENAGEM | R$ 50,00 |
| GASOMETRIA(PH PCO2 P02 BICARBONATO AS2(EXCETO BASE) | R$ 100,00 |
| GASTRICA-BIOPSIA POR FRASCO | R$ 50,00 |
| GASTROENTEROLOGIA | R$ 55,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE GASTROENTEROLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| GASTROTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANIA | R$ 3.000,00 |
| GERIATRIA – CONSULTORIO PRÓPRIO | R$ 65,00 |
| GERIATRIA – PREFEITURA | R$ 55,00 |
| GERIATRIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| GINECOLOGIA | R$ 50,00 |
| GINECOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| GLICOSE | R$ 1,85 |
| GONIOSCOPIA | R$ 100,00 |
| HEMATóCRITO | R$ 1,53 |
| HEMATOLOGIA | R$ 80,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE HEMATOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| HEMOCULTURA | R$ 11,49 |
| HEMOGRAMA COMPLETO | R$ 4,11 |
| HEMORROIDECTOMIA | R$ 1.800,00 |
| HEPATICA ( C. MATERIAL) | R$ 400,00 |
| HERNIOPLASTIA UMBILICAL BILATERAL | R$ 2.100,00 |
| HERNIOPLASTIA UMBILICAL OUTROS | R$ 1.290,00 |
| HISTERECTOMIA TOTAL | R$ 1.790,00 |
| HIDRO- RM ( COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIAPOR RM) | R$ 301,00 |
| HOLTER | R$ 110,00 |
| INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA | R$ 21,00 |
| INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE | R$ 18,70 |
| INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR | R$ 18,08 |
| INCIDENCIA ADICIONAL DE LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO ( PARTES MOLES) | R$ 54,20 |
| IDENTIFICAçãO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | R$ 5,63 |
| IDENTIFICAçãO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | R$ 10,65 |
| IGE ESPECIFICO P/ GrãOS DE SOJA | R$ 19,00 |
| IGE ESPECIFICO P/ LEITE ( TESTE DE TOLERâNCIA A LEITE VACA) | R$ 19,00 |
| IMONU HISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALGNAS(POR MARCADOR) | R$ 350,00 |
| IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL) | R$ 1.235,65 |
| IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR | R$ 780,00 |
| IMUNOELETROFEROSE DE PROTEINAS | R$ 17,16 |
| IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R$ 80,00 |
| IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R$ 350,00 |
| INCISãO E DRENAGEM DE ABCESSO | R$ 60,00 |
| INFECTOLOGIA | R$ 50,00 |
| INFECTOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| INICIAL ODONTOLOGIA | R$ 100,00 |
| INTESTINO GROSSO OU DELGADO -BIOPSIA POR FRASCO | R$ 50,00 |
| IRIDECTOMIA CIRURGICA- MONOCULAR | R$ 285,00 |
| LAQUEADURA | R$ 990,00 |
| LAUDO EGG | R$ 10,00 |
| LEUCOGRAMA | R$ 2,73 |
| LIGADURA ELASTICA DE VARIZES | R$ 600,00 |
| LIMPEZA DE OUVIDO | R$ 20,00 |
| LINFOCINTILOGRAFIA | R$ 141,33 |
| LITOTRIPSIA EXTRA E INTRACORPOREA | R$ 520,00 |
| MAMA ( C. MATERIAL) | R$ 250,00 |
| MAMOGRAFIA | R$ 55,00 |
| MAMOGRAFIA (50 á 69) | R$ 45,00 |
| MAMOTOMIA POR ULTRASSON | R$ 1.200,00 |
| MAPA | R$ 110,00 |
| MAPEAMENTO DA RETINA – MONOCULAR | R$ 85,00 |
| MASTOLOGISTA | R$ 120,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE MASTOLOGISTA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| MEDULA OSSEA | R$ 600,00 |
| MEDULA OSSEA C/ MIELOGRAMA | R$ 900,00 |
| MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA – MONOCULAR | R$ 100,00 |
| MIELOGRAMA | R$ 5,79 |
| MIELOGRAMA ( COLETA DE MATERIAL) | R$ 200,00 |
| MODELO ORTODONTICO | R$ 25,00 |
| NASOFIBROLARINGOSCOPIA | R$ 150,00 |
| NEFROLOGIA | R$ 100,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE NEFROLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| NEUROCIRURGIãO | R$ 250,00 |
| NEUROLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE NEUROLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| NEUROPEDIATRIA | R$ 100,00 |
| OFTALMODINAMOMETRIA | R$ 85,00 |
| OFTALMOLOGIA | R$ 60,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE OFTALMOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| OFTALMOLOGISTA SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ONCOLOGIA | R$ 60,00 |
| OMOPLATA OU ESCÁPULA | R$ 55,33 |
| CONSULTA ELETIVA DE ONCOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| ORTOPEDIA | R$ 60,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE ORTOPEDIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| ORTOPEDIA POS TRAUMA | R$ 35,00 |
| Óssea (TOMOGRAFIA C/ SEDAçãO) | R$ 700,00 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELEITIVA DE OTORRINOLARINGOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| OVARIO DIREITO E ESQUERDO-BIOPSIA | R$ 100,00 |
| OVARIO DIREITO-BIOPSIA | R$ 50,00 |
| OVARIO ESQUERDO-BIOPSIA | R$ 50,00 |
| OXIGENIOTERAPIA HIPERBáRICA | R$ 326,39 |
| OPME FIOS | R$ 10,00 |
| OPME PARAFUSOS | R$ 50,00 |
| OPME PLACAS | R$ 100,00 |
| OPME PLACAS E PARAFUSOS | R$ 500,00 |
| PACMETRIA ULTRASSONICA ( BINOCULAR) | R$ 90,00 |
| PACOTE DE 100 ULTRASSONOGRAFIA | R$ 3.000,00 |
| PACOTE DE 100 CONSULTA DE CLINICA GERAL | R$ 4.500,00 |
| PACOTE DE CONSULTA GINECOLOGISTA | R$ 3.000,00 |
| PACOTE DE EXAMES LABORATORIAIS | R$ 2.500,00 |
| PAQUIMETRIA ULTRASSONICA-MONOCULAR | R$ 90,00 |
| PATCH-TEST | R$ 350,00 |
| PEDIATRIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELEITIVA DE PEDIATRIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| PELE (POR REGIãO -BIOPSIA | R$ 50,00 |
| PENISCOPIA | R$ 150,00 |
| PEQUENAS CIRURGIAS | R$ 200,00 |
| PEQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | R$ 9,25 |
| PEQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R$ 3,70 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R$ 9,25 |
| PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS( POR ELETROFORESE) | R$ 4,44 |
| PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R$ 8,67 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R$ 85,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 +HIV-2(ELISA) | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV +HTLV-2 | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R$ 5,74 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R$ 3,70 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | R$ 5,83 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLURESCENCIA) | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL70) | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R$ 9,70 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESREPTOSINA0(ASLO) | R$ 2,83 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLINAINA (GLUTEN)IGG IGM IGA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R$ 4,10 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMIMUSCULO LISO | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINSULINA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO EDO VIRUS DE HAPATITE B(ANTI-HBE) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D(ANTI-HDV) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS HETERIFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 2,83 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM ANTITOXOPLASMA | R$ 16,97 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTíGENO CENTRAL DO VíRUS DA HEPATITE B(ANTI- HBC-IGG) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VíRUS DA HEPATITE A(HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VíRUS DA RUBéOLA | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VíRUS EPSTEIN- BARR | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VíRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGMCONTRA O VíRUS DA VARICELA – HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES 37OC | R$ 5,79 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS NATINUCLEO | R$ 17,16 |
| PESQUISA DE ANTICORPOSCONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTíGENO CARCINOEMBRIONáRIO (CEA) | R$ 13,35 |
| PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTíGENO E DO VíRUS DA HEPATITE B(HBEAG) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE ANTOCORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS) | R$ 18,55 |
| PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA | R$ 2,40 |
| PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| PESQUISA DE CéLULAS LE | R$ 4,11 |
| PESQUISA DE CELULAS ORGANGIOFILAS | R$ 1,89 |
| PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE CLAMíDEA (POR CAPTURA HIBRIDA) | R$ 60,00 |
| PESQUISA DE CORPúSCULOS DE HEINZ | R$ 2,73 |
| PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R$ 2,83 |
| PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA | R$ 1,89 |
| PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE EOSINóFILOS | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | R$ 3,70 |
| PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R$ 4,33 |
| PESQUISA DE FATOR RH ( INCLUI D FRACO) | R$ 1,37 |
| PESQUISA DE FATOR REUMATóIDE (WAALER- ROSE) | R$ 4,10 |
| PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | R$ 3,36 |
| PESQUISA DE GORDURA FECAL | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R$ 2,73 |
| PESQUISA DE HIV 1 POR IMUNOFLUORESCêNCIA | R$ 10,00 |
| PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALéRGENO- ESPECíFICA | R$ 9,25 |
| PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE LEUCóCITOS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE MUCOPOLISSARIDEOS NA URINA | R$ 3,70 |
| PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | R$ 4,33 |
| PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE SUBSTâNCIAS REDUTORAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | R$ 2,04 |
| PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | R$ 5,04 |
| PESQUISA DE TRIPANOSOMA | R$ 2,73 |
| PESQUISA DE TRYIPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLUORESCêNCIA | R$ 10,00 |
| PIRAMIDE NASAL (NASAL+OROFARINGE) | R$ 50,00 |
| PLACA MIORRELAXANTE(PLACA BRUXISMO) | R$ 240,00 |
| PLACENTA + CORDAO UMBILICAL – BIOPIA | R$ 100,00 |
| PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL | R$ 195,41 |
| PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS | R$ 96,73 |
| PLANIGRAFIA LINEAR DE CRANIO OU SELA TURCICA OU FACE OU MASTOIDE | R$ 116,65 |
| PLEXO BRANQUIAL( DESFILADEIRO TORACICO) OU LOMBOSSACRAL( NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR) | R$ 301,00 |
|  |  |
| PNEUMOLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE PNEUMOLOGIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| POSTECTOMIA | R$ 400,00 |
| POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) -MONOCULAR | R$ 12,50 |
| POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL(BINOCULAR) | R$ 25,00 |
| POLISSONOGRAFIA | R$ 806,40 |
| Pré ANESTéSICO | R$ 100,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE Pré ANESTéSICO AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| PREVENTIVO ( 07 A 24 ANOS E A PARTIR DE 64 ANOS) | R$ 6,97 |
| PREVENTIVO ( DE 25 A 63 ANOS ) | R$ 7,30 |
| PREVENTIVO (COLETA) | R$ 150,00 |
| PROFILAXIA + FLUORTERAPIA | R$ 120,00 |
|  |  |
| PROTESE PARCIAL (ROACH) | R$ 60,00 |
| PROTESE TOTAL (DETADURA) | R$ 50,00 |
| PROVA DA D-XILOSE | R$ 3,68 |
| PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA | R$ 4,11 |
| PROVA DE DILUIçãO ( URINA) | R$ 2,04 |
| PROVA DE RETRAçãO DO COáGULO | R$ 2,73 |
| PROVA DO LaçO | R$ 2,73 |
| PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS, PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTI | R$ 1,89 |
| PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE | R$ 1,89 |
| PSICOLOGIA -SESSãO | R$ 25,00 |
| PSIQUIATRIA | R$ 55,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE PSIQUIATRIA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| PULPOTOMIA DENTáRIA ( EXCLUINDO RESTAURAçãO FINAL | R$ 100,00 |
| PUNçãO DE MAMA | R$ 330,00 |
| RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA+OBLIQUAS+HIRTZ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO 3 INCIDENCIAS) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ANTEBRAçO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR ( AP+OBLIQUAS) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçAO ACRôMIO-CLAVICULAR | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçAO COXO-FEMORAL | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçAO ESCAPULO-UMERAL | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçAO ESTERNO-CLAVICULAR | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçãO SACRO-ILIACA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçãO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAçAO TIBIO-TARSICA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE BACIA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE BRAçO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CALCANEO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CAVUM ( LATERAL+HIRTZ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/ DINâMCA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/ DINâMICA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORáCICA (AP+LATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DIâMICA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CORAçãO E VASOS DE BASE ( PA+LATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CORAçãO E VASOS DE BASE ( PA+LATERAL+OBLIQ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COSTELAS ( POR HEMITORAX) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COTOVELO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE COXA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE ESTERNO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP+LATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP+LATERAL+AXIAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP+LATERAL+OBLIQUA+3) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO ( DETERMINAçAO DE IDADE OSSEA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE MãO E PUNHO( DETERMINAçãO DE IDADE Óssea) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ ROCHEDOS (BILATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+OBLIQUA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA+PERFIL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE PE/DEDOS DO PE | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE PERNA | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE PUNHO ( AP+LATERAL+OBLIQUA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA PADRAO OIT) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO- LARDORTICA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+INSPIRAçAO+EXPIRAçAO+LATERAL) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+PATERAL+OBLIQUA) | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA DO OMBRO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA ESOFAGOGRAMA | R$ 171,00 |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL | R$ 142,00 |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA MEMBROS INFERIORES | R$ 140,00 |
| RADIOGRAFIA QUADRIL | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA TORNOZELO | R$ 23,00 |
| RADIOGRAFIA UROGRAFIA EXCRETORA | R$ 180,00 |
| RAIO X BOCA TODA | R$ 132,00 |
| RAIO X PANORAMICA | R$ 52,00 |
| RAIO X PERIPICAL | R$ 14,00 |
| RAIO XDITWING | R$ 14,00 |
| RASPAGEM | R$ 35,00 |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL + POLIMENTO CORONáRIO | R$ 120,00 |
| RASTREIO PARA DEFICIêNCIA DE ENZIMAS ERITROCITáRIAS | R$ 2,73 |
| REAçãO DE HEMAGLUTINAçãO (TPHA) P/ DIAGNóSTICO DE SíFILIS | R$ 4,10 |
| REAçãO DE MONTENEGRO ID | R$ 2,83 |
| REAçãO DE PANDY | R$ 1,89 |
| REAçãO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| RECONSTITUIçãO PARCIAL DE PALPEBRA C/TARSORRAFIA | R$ 250,00 |
| RECONSTITUIçãO DO CANAL LACRIMAL | R$ 380,00 |
| RECONSTRUçãO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO | R$ 780,00 |
| RECONSTRUçãO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAçãO DO JOELHO( CRUZADO ANTERIOR) | R$ 4.000,00 |
| REMOçãO DE DENTE RETIDO , INCLUSO IMPACTADO | R$ 90,00 |
| REMOçãO-CERUMEM | R$ 10,00 |
| RENAL ( RIM POR PUNçãO) | R$ 450,00 |
| UTI MÓVEL (tripulado 1 médico, 1 enfermeiro e 1 motorista socorrista, carro equipado com equipamentos em UTI MÓVEL conforme portaria 2048). KM RODADO | R$ 10,00 |
| AMBULÂNCIA BÁSICA 1 motorista socorrista; carro equipado devidamente conforme portaria 2048 – KM RODADO | R$ 2,50 |
| AMBULÂNCIA BÁSICA (tripulado 1 enfermeiro e 1 motorista socorrista; carro equipado devidamente conforme portaria 2048 – KM RODADO | R$ 5,00 |
| REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA-OCULAR | R$ 250,00 |
| RESSECçãO ENDOSCOPIA DA PRóSTATA | R$ 2.290,00 |
| RESSECçãO SIMPLES DE TUMOR OSSEO DE PARTES MOLES | R$ 1.390,00 |
| RESTAURAçãO (1 FACE) | R$ 80,00 |
| RESTAURAçãO (2 FACES) | R$ 100,00 |
| RETINOGRAFIA FLUORESCENTE OU ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA- MONOCULAR | R$ 198,00 |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (OROFARINGE E LARINGOFARINGE) | R$ 180,00 |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (OUVIDO E NARIZ) | R$ 160,00 |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO | R$ 325,00 |
| RETIRADA DO CORPO ESTRANHO DO OLHO | R$ 180,00 |
| RETIRADA DO CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO E/OU TRANSITO INTESTINAL E/OU ESOFAGO | R$ 750,00 |
| RETOSSIGMOIDOSCOPIA | R$ 190,00 |
| REUMATOLOGISTA | R$ 75,00 |
| CONSULTA ELEITIVA REUMATOLOGISTA AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| RISCO CIRúGICO | R$ 60,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE RISCO CIRúGICO AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| RNM DA COLUNA CERVICAL/PESCOçO /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DA COLUNA LOMBO SACRA /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DA COLUNA TORÁCICA /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DA MAMA /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DA MAMA /C FECHADO | R$ 800,00 |
| RNM DE ABDôMEN SUPERIOR / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE ABDôMEN SUPERIOR / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE ARTICULAçãO TêMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE ARTICULAçãO TêMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) E FACE / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE BACIA OU PéLVIS/ ABDOMEN INFERIOR / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE BACIA OU PéLVIS/ ABDOMEN INFERIOR / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE COLUNA CERVICAL /PESCOçO / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE COLUNA CERVICAL /PESCOçO C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE COLUNA LOMBO-SACRA / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE COLUNA LOMBO-SACRA / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE COLUNA TORACICA / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE COLUNA TORACICA / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE CORAÇÃO/AORTA C/CINE / C ABERTO | R$ 404,60 |
| RNM DE CRANIO / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE CRANIO /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL C/ FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE SELA TúRSICA / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE TóRAX / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM DE TóRAX / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM DE VIAS BILIARES OU COLOANGIORRESSONANCIA /C ABERTO | R$ 301,00 |
| RNM MEMBROS SUPERIORES UNILATERAL / C FECHADO | R$ 550,00 |
| RNM MEMBROS SUPERIORES UNILATERAL / C ABERTO | R$ 301,00 |
| RX TRANSITO INTESTINAL (ACRE) | R$ 200,00 |
| SEPTOPLASTIA PARA CORREçãO DE DESVIO | R$ 1.990,00 |
| SESSãO FISIOTERAPIA | R$ 40,00 |
| Sessao de Oxigenoterapia Hiperbarica (por Sessao de 2 Horas) | R$ 290,00 |
| SINDROME COMPR TúNEL OSTEO FIBROSO CARPO (NEUROLOGIA) | R$ 990,00 |
| SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SPB ANETESIA GERAL | R$ 115,00 |
| SUTURA DE ESCLERA | R$ 155,00 |
| SUTURA DE CORNEA | R$ 160,00 |
| TC ABDOMEN | R$ 290,00 |
| TC ABDôMEN SUPERIOR/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC ABDôMEN TOTAL | R$ 580,00 |
| TC ARTICULAçãO SACRO ILICA ( UNILATERAL) | R$ 170,00 |
| TC ARTICULAçõES DE MEMBROS INFERIORES | R$ 170,00 |
| TC ARTICULAçõES DE MEMBROS SUPERIORES | R$ 170,00 |
| TC BILATERAL DO TORAX | R$ 290,00 |
| TC COLUNA – SEGMENTO ADICIONAL | R$ 170,00 |
| TC COLUNA LOMBO-SACRA | R$ 170,00 |
| TC CRANIO | R$ 170,00 |
| TC DA COLUNA CERVICAL | R$ 170,00 |
| TC DA COLUNA TORACICA | R$ 170,00 |
| TC DE ARTICULAçõES/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR ( CADA SEGMENTO ADICIONAL)/ EMERGêNCIA 30% | R$ 70,56 |
| TC DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR ATE 3 SEGMENTOS/ EMERGêNCIA 30% | R$ 323,92 |
| TC DE CRANIO, ORBITAS OU TURSICA/ EMERGêNCIA 30% | R$ 323,92 |
| TC DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTICULAçõES TEMPOROMANDIBULARES/ EMERGêNCIA 30% | R$ 323,92 |
| TC DE MASTOIDES OU OUVIDO/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC DE PELVE OU BACIA/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC DE PESCOçO/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC DE SELA TURCICA ALTA SEDAçãO | R$ 431,54 |
| TC DINâMICA/ EMERGêNCIA 30% | R$ 399,97 |
| TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES/ EMERGêNCIA 30% | R$ 397,18 |
| TC FACE OU SEIOS DA FACE | R$ 240,00 |
| TC MASTOIDES OU OUVIDOS | R$ 240,00 |
| OCT- TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA-MONOCULAR | R$ 350,00 |
| TC PELVE OU BACIA | R$ 290,00 |
| TC PESCOçO / PARTES MOLES | R$ 290,00 |
| TC SELA TURCICA | R$ 170,00 |
| TECIDO DA CAVIDADE BUCAL | R$ 60,00 |
| TESTE CUTâNEO POR PUNTURA ( TESTE ALéRGICO) | R$ 110,00 |
| TESTE DA ORELHINHA COM APARELHO PROPRIO | R$ 50,00 |
| TESTE DE AGREGAçãO DE PLAQUETAS | R$ 12,00 |
| TESTE DE EMISSOES OTOACUSTICA | R$ 50,00 |
| TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH | R$ 10,44 |
| TESTE DE ESTIMULO DO HGH APÓS GLUCAGOM | R$ 10,44 |
| TESTE DE FTA – ABS IGG PARA DIAGNóSTICO DE SíFILIS | R$ 10,00 |
| TESTE DE FTA – ABS IGM PARA DIAGNóSTICO DE SíFILIS | R$ 10,00 |
| TESTE DE HAM (HEMóLISE ÁCIDA) | R$ 2,73 |
| TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE | R$ 40,00 |
| TESTE DE SUPRESSãO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA | R$ 10,44 |
| TESTE DE SUPRESSãO DO HGH APÓS GLICOSE | R$ 10,44 |
| TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA/IPOGKICEMIANTES ORAIS | R$ 6,55 |
| TESTE DE VDRL PARA DIAGNóSTICO DE SíFILIS | R$ 2,83 |
| TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R$ 2,73 |
| TESTE DO OLHINHO - BINOCULAR | R$ 125,00 |
| TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO | R$ 107,40 |
| TESTE ERGOMéTRICO | R$ 140,00 |
| TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R$ 2,73 |
| TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA | R$ 40,00 |
| TESTE VDRL PARA DETECçãO DE SíFILIS EM GESTANTE | R$ 2,83 |
| TESTES ALéRGICOS DE CONTATO | R$ 1,77 |
| TESTES CUTãNEOS DE LEITURA IMEDIATA | R$ 1,77 |
| TIREOIDE (POR LODO )BIOPSIA | R$ 50,00 |
| TIREOIDE COM MATERIAL | R$ 280,00 |
| TITULAçãO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B | R$ 5,79 |
| TONOMETRIA | R$ 40,00 |
| TRABECULECTOMIA | R$ 500,00 |
| TRANSPLANTE DE ANEL INTRA ESTRONAL | R$ 2.500,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE CORNEA | R$ 165,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA | R$ 150,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO | R$ 680,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO ( MONOCULAR) | R$ 690,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI | R$ 2.590,00 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES UNILATERAL | R$ 1.690,00 |
| TRATAMENTO DE FERIDAS GRAU II | R$ 75,00 |
| TRATAMENTO ENDODôNTICO DENTE DECIDUO ANTERIOR | R$ 180,00 |
| TRATAMENTO ENDODôNTICO DENTE DECIDUO POSTERIOR | R$ 310,00 |
| TRATAMENTO ENDODôNTICO DENTE PERMANENTE ANTERIOR | R$ 250,00 |
| TRICTESTE | R$ 110,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL | R$ 40,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA AXILAS | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA AXILAS SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| US MORFOLÓGICO COM DOPPLER DAS ARTÉRIAS UTERINAS | R$ 200,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA CERVICAL | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA COTOVELO | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA COTOVELO SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DO JOELHO | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DO JOELHO SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA HEPATO BILIAR | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA HEPATO BILIAR SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA IGUINAL | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA MANDIBULAR | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA MANDIBULAR SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICO ( PBF) | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA OMBRO | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA OMBRO SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA PENIS | R$ 65,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA PENIS SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA TORAX (NODULO) | R$ 65,00 |
| ULTRASOM EXTRA ABDOMINAL 2 MEMBROS | R$ 130,00 |
| ULTRASOM EXTRA ABDOMINAL 3 MEMBROS | R$ 195,00 |
| ULTRASONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINARIAS | R$ 28,00 |
| ULTRASONOGRAFIA DE TIREOIDE | R$ 65,00 |
| ULTRASONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINARIAS SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASONOGRAFIA DE TIREOIDE SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASONOGRAFIA MORFOLOGICA | R$ 160,00 |
| ULTRASSON EXTRA ABDOMINAL | R$ 65,00 |
| ULTRASSON EXTRA ABDOMINAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSON QUADRIL | R$ 65,00 |
| ULTRASSON QUADRIL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA VIA ABDOMINAL | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO | R$ 200,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICIA | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICIA SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA VIA TRANSVAGINAL | R$ 28,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA VIA ABDOMINAL SEDE DO CONSORCIO | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA VIA TRANSVAGINAL | R$ 35,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTONELA | R$ 28,00 |
| URETROGRAFIA | R$ 180,00 |
| UROFLUXOMETRIA | R$ 100,00 |
| UROLOGIA | R$ 50,00 |
| CONSULTA ELETIVA DE UROLOGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR | R$ 100,00 |
| UROTOMOGRAFIA | R$ 580,00 |
| UTI 3 DIARIAS | R$ 2.700,00 |
| VARICOCELE | R$ 450,00 |
| VASECTOMIA | R$ 350,00 |
| VECTOELETRO | R$ 100,00 |
| VERMELHECTOMIA LABIAL | R$ 1.500,00 |
| VIDEOLARINGOSCOPIA | R$ 124,00 |
| VIDEONASOLARINGOSCOPIA | R$ 160,00 |
| VISICULA- BIOPSOA | R$ 110,00 |
| VITRECTOMIA ANTERIOR | R$ 370,00 |
| PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS | R$ 900,00 |
| PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS ESPECIALISTA | R$ 1.000,00 |

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0016/2020**

## INEXIGIBILIDADE Nº 002/2020

### ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DE DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A proponente signatária declara que os recursos humanos (médicos, enfermeiros, bioquímicos, auxiliares de enfermagem, etc), materiais e equipamentos necessários para a prestação dos serviços desta inexigibilidade, estarão à disposição do CIDES-LESTE tão logo seja assinado o contrato de prestação de serviços.

Caratinga/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 016/2020**

##### **INEXIGIBILIDADE Nº 002/2020**

##### **ANEXO IV**

**MODELO DE PROPOSTA DE SERVIÇOS**

**1) IDENTIFICAÇÃO**

1.1 – RAZÃO SOCIAL/NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2 – CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3 – UNIDADES DE ANTENDIMENTO DISPONÍVEIS/ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) DADOS BANCÁRIOS**

2.1 – NOME DO BANDO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2 – NÚMERO DA AGÊNCIA BANCÁRIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3 – NÚMERO DA CONTA-CORRENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **A PROPONENTE DECLARA SUA ANUÊNCIA COM RELAÇÃO AOS ITENS E RESPECTIVOS VALORES DISCRIMINADOS NA PLANILHA DE SERVIÇOS OFERTADOS CONSTANTE NO ANEXO II DESTE PROCEDIMENTO LICITATÓRIO, COMPROMETENDO-SE A PRESTÁ-LOS NOS TERMOS DO EDITAL.**

Validade: Conforme Edital.

Prazo de execução: Conforme Edital

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

### Assinatura do Proponente