



## **CRENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**CRENCIAMENTO: A PARTIR DAS 14:00 DO DIA 11/07/2019**

**O MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO ORIENTE**, com sede administrativa na Praça Primeiro de Março, nº 46, Centro, São João do Oriente/MG, CNPJ n.º 18.338.848/0001-90, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela **Portaria de nº 008/2019, publicada em 04 de fevereiro de 2019**, nos termos do artigo 25, *caput*, da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, torna público para ciência de todos os estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos, universitários ou entidades privadas com ou sem fins lucrativos que iniciará, sob protocolo de documentação, no período de 12 (doze) meses, o processo de **CRENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS**, objetivando contratar Serviços de Assistência à Saúde, com base de preço nos consórcios de saúde da região, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, para atender ao *Município de SÃO JOÃO DO ORIENTE/MG*, nos termos especificados neste Edital de Habilitação e Qualificação, cujo procedimento obedecerá as condições regulamentares prescritas neste instrumento convocatório.

Maiores informações poderão ser obtidas na Sede da Prefeitura Municipal de São João do Oriente, no endereço supracitado, nos horários de 08:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas.

### **1. DA LEGISLAÇÃO**

A presente contratação se regerá pelas Leis n.º 8.666/93 e n.º 8.080/90 e demais normas regulamentadoras.

### **2. DO OBJETO, DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO, DA REALIZAÇÃO DE VISTORIA TÉCNICA:**

2.1. Constitui objeto do presente chamamento público, os interessados em firmar com a Prefeitura Municipal de São João do Oriente, TERMO DE CRENCIAMENTO (anexo I), para a prestação de serviços de médicos plantonistas, consultas especializadas e realização de exames diagnósticos, através de pessoas físicas ou jurídicas, de forma continuada, conforme descritos na tabela anexa ao edital (anexo II), para atender ao Município de São João do Oriente/MG, nos limites financeiros fixados pelo Conselho Municipal de Saúde, na Planilha de valores médios praticados a nível regional e em conformidade com a oferta de serviços do credenciado.



2.2. O inteiro teor deste Edital e Anexo (s) estará disponível na sede da Prefeitura Municipal de São João do Oriente e no endereço eletrônico [www.saojoaodoorientemg.gov.br](http://www.saojoaodoorientemg.gov.br)

2.3. O processo de credenciamento de que trata este edital obedecerá às seguintes etapas:

2.3.1- Os interessados deverão apresentar na Sede de Licitações da Prefeitura Municipal de São João do Oriente, a partir das 14:00hs do dia 11/07/2019, mediante protocolo, sua proposta de trabalho, acompanhada da respectiva documentação, em envelope único, opaco, hermeticamente fechado, contendo em sua parte frontal os seguintes e únicos dados, vedada a remessa pelo fax ou e-mail:

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 013/2019**

**INEXIGIBILIDADE / CREDENCIAMENTO N.º 002/2019**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ORIENTE**

**NOME DO PROPONENTE:**

**CPF OU CNPJ:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE DE CONTATO:**

2.3.2 - A protocolização de proposta de trabalho implicará na aceitação integral e irrevogável dos termos deste Edital, bem como no compromisso de observar regulamentos administrativos e normas gerais e especiais aplicáveis à espécie.

2.4 - A análise dos documentos apresentados será realizada pela Comissão Permanente de licitações em até três dias úteis, após o protocolo de cada interessado, em sessão pública, ao qual no término, a comissão de licitações publicará a relação dos credenciados.

2.5. A critério do município poderão ser realizadas vistorias técnicas por equipe designada pelo município, nas instalações dos interessados ao credenciamento, para emissão de parecer sobre as condições da área física do serviço, higiene, biossegurança, identificação do funcionamento dos equipamentos técnicos



declarados e necessários à realização da atividade pretendida, observando-se a legislação vigente e recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.6. A vistoria técnica de que trata o item anterior será realizada após a conclusão da análise da documentação, nos interessados habilitados quanto à documentação e conforme critério do município.

2.7. As vistorias previstas no item 2.5 têm objetivo de garantir a qualidade dos serviços a serem contratados, observando-se a garantia do atendimento, de forma a não gerar desassistência aos beneficiários do município.

2.8. Na contratação dos serviços a Secretaria Municipal de Saúde 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 será confirmada pelo órgão de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São João do Oriente.

2.9. Constituem anexos deste instrumento convocatório, dele fazendo parte integrante:

- **Anexo I** – Minuta do Contrato;
- **Anexo II** – Tabela de Procedimentos a serem contratados e de valores médios praticados a nível regional;
- **Anexo III** – Termo de Compromisso de Desimpedimentos.
- **Anexo IV** – Modelo de Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação;
- **Anexo V** – Declaração de cumprimento do art. 7º, inc. XXXIII da CF;
- **Anexo VI** – Declaração de Conhecimento das cláusulas do Edital;
- **Anexo VII** – Declaração de que não possui vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de São João do Oriente;
- **Anexo VIII** – Planilha dos Serviços Ofertados;

### **3. DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:**

3.1. Na contratação dos serviços a Secretaria Municipal de Saúde 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 será confirmada pelo órgão de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São João do Oriente.

3.2. As consultas ou os exames serão prestados no consultório dos credenciados ou nas clínicas médicas credenciadas situados no Município de São João do Oriente ou até 120 km da sede do município de São João do Oriente/MG.



3.3. Poderão ser credenciados para a prestação dos serviços, pessoas físicas e todos os estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos, universitários ou entidades privadas com ou sem fins lucrativos, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que aceitem as exigências estabelecidas pelas normas do Sistema Único de Saúde e do direito administrativo, que não estejam sofrendo os efeitos das penalidades de suspensão do direito de licitar ou declaração de inidoneidade por parte do Poder Público, e que satisfaçam as condições fixadas neste edital e seus anexos e, que estejam regularmente cadastrados

até o dia estabelecido no preâmbulo deste edital, e que satisfaçam as condições fixadas neste instrumento e seus anexos e, em especial os seguintes:

I) não incorra em qualquer das condições impeditivas discriminadas abaixo:

- a) Estar sob processo de falência e concordata;
- b) Estar impedido de transacionar com a administração pública e qualquer de seus órgãos descentralizados, especialmente nos casos de:
  - b.1.) sócios, diretores que ocupem cargos ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança Sistema Único de Saúde/São João do Oriente, nos termos do art. 26 da Lei nº 8.080/90;
- c) servidor ou dirigente de órgão ou entidade de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação;
- d) Possuir a licitante, no escopo de seu estatuto social, objetivo social condizente com o objeto do serviço em licitação e comprovar possuir os requisitos mínimos exigidos para qualificação.

II) não serão admitidas:

- a) pessoas jurídicas reunidas em consórcio.
- b) os interessados inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao Ministério da Saúde ou que possuam qualquer nota desabonadora no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

3.4. Independentemente 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 DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:**

4.1. Os interessados em participar do chamamento, deverão apresentar no prazo estipulado, em envelope lacrado, os documentos mencionados neste item, contendo em sua parte externa os seguintes dizeres:

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES  
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 013/2019  
INEXIGIBILIDADE / CREDENCIAMENTO N.º 002/2019  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ORIENTE  
NOME DO PROPONENTE:**



**CPF OU CNPJ:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE DE CONTATO:**

#### **4.2. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PESSOA JURÍDICA:**

- a) Registro Comercial no caso de empresa Individual, Ato constitutivo (Estatuto ou Termo Social) acompanhado das alterações posteriores, no caso de inexistência de Termo consolidado, devidamente registrado na Junta Comercial do Estado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado da ata arquivada da Assembleia da última eleição da diretoria;
- b) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedade Cíveis, acompanhado das alterações e prova de diretoria em exercício;
- c) Cédula de Identidade e CPF do sócio administrador da empresa;
- d) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) com data atual;
- e) Prova de regularidade Relativa aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, abrangendo inclusive as Contribuições Sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei 8212/91;
- f) Certidão negativa de débito relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), observada sua validade;
- g) Certidão negativa de débito para com o município sede da empresa participante ou prova de regularidade, observada sua validade.
- h) Certidão negativa de débito para com a Receita Estadual ou prova de regularidade, observada sua validade.
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT
- j) Alvará Sanitário expedido por órgão credenciado pelo SUS, observada sua validade.
- k) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da Pessoa Jurídica;
- l) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, não superior a 60 dias da data designada para o julgamento do certame.
- m) Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação (anexo IV);
- n) Declaração de cumprimento do art. 7º, inc. XXXIII da CF (anexo V);



- o) Declaração de Conhecimento das cláusulas do Edital (anexo VI);
- p) Declaração de que não possui vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de São João do Oriente (anexo VII);
- q) Comprovação de que a empresa possui em seu quadro permanente na data do credenciamento, profissionais de nível superior capacitados para executarem os serviços, por meio de apresentação de: Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente, do (s) profissional (is) que executará (ão) os serviços; Comprovante de Curso de Especialização na área pretendida pelo profissional e Diploma de Conclusão do curso de superior da formação atuante devidamente registrado pelo MEC.

#### **4.3. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA PESSOA FÍSICA:**

- a) Cópia da Cédula de Identidade e CPF;
- b) Título de eleitoral e comprovante de quitação com as obrigações eleitorais.
- c) PIS/PASEP/NIT;
- d) Registro no Conselho Regional da Classe (CRM) e Título de Especialista na área que pretender prestar serviços ao Município de São João do Oriente/MG, conforme estabelecido neste Credenciamento.
- e) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- f) Prova de regularidade Relativa aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, abrangendo inclusive as Contribuições Sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei 8212/91;
- g) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- h) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- i) Declaração de que possui estabelecimento dotado de equipamentos necessários à realização dos serviços em sua especialidade médica.
- j) Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação (anexo IV);
- k) Declaração de cumprimento do art. 7º, inc. XXXIII da CF (anexo V);
- l) Declaração de Conhecimento das cláusulas do Edital (anexo VI);
- m) Declaração de que não possui vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de SÃO JOÃO DO ORIENTE (anexo VII);

4.2.3. A documentação acima exigida deverá estar válida na data do protocolo de entrega dos mesmos.

4.2.4. Os interessados poderão apresentar sua documentação através de cópias autenticadas. As cópias não autenticadas deverão vir acompanhadas dos respectivos originais para autenticação pela Comissão Permanente de



Licitações - CPL. Não serão aceitos documentos em forma de "fax".

## **5. PROPOSTA DE TRABALHO**

5.1. Deverá conter na proposta de execução dos serviços o lote e os respectivos procedimentos a qual pretende oferecer na rede SUS.

5.2. A proposta deverá ser entregue em envelope lacrado, juntamente com a documentação, preenchida conforme modelo ANEXO VIII deste Edital, em papel timbrado ou carimbado com o CNPJ da empresa, sem rasuras, devidamente datada e assinada, contendo em sua parte externa os seguintes dizeres:

5.3. A proposta deverá satisfazer na forma e no conteúdo as exigências deste instrumento convocatório e obrigatoriamente o seguinte:

5.3.1. Indicação do prazo de validade da Proposta, que deverá ser de, no mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de apresentação da mesma;

5.3.2. Os preços deverão ser expressos em numeral e em moeda corrente do

País, observado a Tabela de valores médios praticados a nível regional.

5.4 - No envelope contendo a proposta referente à oferta dos serviços a serem prestados pelo proponente deverá ser apresentada sem rasuras, datada e devidamente assinada por representante legal e, ainda, rubricada em todas as suas páginas e anexos, contendo, as seguintes informações e/ou elementos (ANEXO VIII – MODELO DE APRESENTAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS):

**a) relação dos exames e/ou serviços de saúde que se propõe a realizar (conforme termo de referência equivalente aos procedimentos exigidos por este credenciamento e contidos na Tabela em anexo em conformidade com a tabela de valores médios praticados a nível regional);**

**b) Especificação clara e detalhada dos serviços ofertados, conforme o estipulado neste edital e seus Anexos, com preço unitário por procedimento, em moeda nacional vigente, com até duas casas decimais, conforme Tabela em anexo em conformidade com valores médios praticados a nível regional;**

**c) Relação de capacidade máxima de atendimentos (total e quantitativo à disposição, bem como, horários);**

**d) Relação das unidades disponíveis para atendimento aos usuários constando endereço completo, horário de funcionamento e número do telefone.**

5.5. Os serviços de saúde serão distribuídos por nível de complexidade, de



forma descentralizada, contemplando as unidades que compõem a rede municipal do SUS.

5.6. A compra de serviços de saúde no Município deverá atender às especificações e condições especiais, abaixo discriminadas:

5.7. Na contratação dos serviços a Secretaria Municipal de Saúde 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 será confirmada pelo Órgão de Controle e Avaliação e ainda a se encontrar mais próximo do município de São João do Oriente;

## **6. - PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO**

6.1- O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário, o CREDENCIAMENTO para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 34, § 1º da Lei 8666/93.

62 – Ao requerer a inscrição no CREDENCIAMENTO, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação

63 das exigências contidas no **item 4** deste instrumento; e, após avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

64 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica avaliada pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 4 do presente instrumento.

65 – Aos inscritos será fornecido Contrato de Credenciamento, renovável sempre que atualizarem o registro.

66 – A atuação do cadastrado no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

67 – A qualquer tempo o credenciamento, poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o registro do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência.

68 – A quantidade de atendimentos/consulta/exames a ser repassada ao credenciado serão de responsabilidade e escolha da Secretaria Municipal de Saúde do Município de acordo com seu orçamento;

69 – Os atendimentos/consulta/exames constantes na programação do MUNICIPIO DE SÃO JOÃO DO ORIENTE/ SECRETARIA DE SAUDE, não significa contratação imediata.

## **7. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

7.1. Os serviços serão executados pelo credenciado, conforme oferta apresentada para credenciamento, no local indicado pelo Alvará Sanitário de





Funcionamento expedido pelo órgão competente e sob a responsabilidade do credenciado que deverá indicar o nome e o número do Conselho Regional.

7.1.1. A eventual mudança de endereço do estabelecimento do credenciado e a mudança do(s) técnico(s) responsável será imediatamente comunicada ao Município, que poderá rever as condições do contrato (termo de credenciamento).

7.1.2. Os serviços operacionalizados pelo credenciado deverão atender as necessidades do Município, que encaminhará os usuários do SUS/São João do Oriente, em consonância com a Planilha de programação de compras de Serviços do credenciado.

7.2. A assistência à Saúde compreende: consultas especializadas, serviços médicos plantonistas e exames diagnósticos conforme Anexo II .

7.3. Mediante cronograma de incorporação das consultas, exames e cirurgias a serem acertados pelas partes, no período máximo de 5 (cinco) dias a contar da data de assinatura deste Credenciamento, as consultas do Credenciado deverão estar à disposição da central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados do Município.

7.4. A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pela Secretaria de Saúde do Município.

7.5. O Município estabelecerá normas para definir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de exames subsequentes, o local de revisão das contas ambulantes e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o Credenciado e a satisfação do usuário SUS/São João do Oriente.

## **8. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS:**

8.1. O preço estipulado neste Termo será pago da seguinte forma, sob pena de atualização monetária:

8.1.1. O CREDENCIADO apresentará mensalmente as faturas dos procedimentos realizados com os pedidos devidamente autorizados pela SMS/SUS/São João do Oriente e os resultados referentes aos exames efetivamente realizados, até o dia 5 (cinco) de cada mês para conferência e autorização de pagamento pelo órgão de Controle de Avaliação.

8.1.2. Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao Credenciado recibo, assinado ou rubricado por servidor do Município contratante.



8.2. As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados serão devolvidas ao credenciado para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução, acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado pôr meio de carimbo.

8.3. O pagamento de procedimentos indevidos, impróprios ou rejeitados, já efetuado, será debitado pela SMS/São João do Oriente na fatura do mês seguinte.

8.4. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, pôr culpa do Município este garantirá à credenciada o pagamento no prazo avençado no Termo, pelos valores do ocorrido imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, na transferência do pagamento seguinte.

8.5. O Credenciado deverá anexar às faturas, o boletim dos procedimentos de saúde realizados no período, cópia autenticada da quitação de débitos relativos ao INSS, FGTS e com a Fazenda Pública Municipal.

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

8.7. O **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO ORIENTE** pagará aos contratados, até o dia 10º (decimo) dia do mês subsequente ao vencido, mediante a apresentação, pela **CONTRATADA**, da competente Nota Fiscal.

8.8. O CREDENCIADO não poderá cobrar dos usuários, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados;

8.9. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução do objeto Credenciado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município de SÃO JOÃO DO ORIENTE.

## **9. CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO**

91 – Os profissionais serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 4 do presente instrumento e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

92 - O credenciamento permanecerá aberto durante 12 meses e nos termos estabelecidos no edital para as pessoas jurídicas/físicas devidamente habilitadas, observado os critérios de interesse público, e as necessidades do MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO ORIENTE.



93 - O presente Edital entra em vigor na data de sua publicação e vigorará por um período de 12 meses, podendo qualquer pessoa jurídica do ramo, durante esse prazo e desde que cumpra os requisitos previstos neste instrumento, solicitar seu credenciamento. O prazo de vigência deste instrumento poderá ser prorrogado, a critério do Secretária Municipal de Saúde de São João do Oriente/MG.

9.4- As informações fornecidas serão conferidas através do cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde pelo órgão de Controle e Avaliação da Secretária Municipal de Saúde.

9.5. A Comissão Técnica procederá vistoria nas instalações da proponente, se julgar necessário.

9.6. Após a reunião de conferência dos documentos a Comissão Permanente de Licitações encaminhará para a equipe técnica responsável a documentação necessária à realização da conferência, após a qual, em caso de aprovação técnica das condições do estabelecimento, será a documentação encaminhada para celebração do Termo de Credenciamento.

9.7. O participante que tiver sua proposta rejeitada será comunicado oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

9.8. Após a fase de habilitação, não cabe desistência de proposta, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão.

9.9. Para definição de credenciamento dos serviços junto aos prestadores, quando da assinatura do Termo, a Secretária Municipal de Saúde 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 no Município de São João

do Oriente, e de acordo com a capacidade instalada do credenciado.

9.10. Serão desconsideradas nas Propostas qualquer oferta ou vantagem não prevista neste Edital, ou vantagens baseadas nas ofertas das demais licitantes.

9.11. Não será admitida, sob pretexto algum, a modificação ou substituição da oferta de preços, ou de qualquer documento.

## **10. DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS:**

10.1. Na avaliação das ofertas de serviços a comissão, sob pena de nulidade, observará estritamente as prescrições do edital e da legislação vigente.

10.2. Será desconsiderada a proposta que não atender as exigências do ato convocatório ou que tenha cotado preços em desconformidade com valores



médios praticados a nível regional.

10.3. Para fins de avaliação da oferta será analisado cada grupo de procedimentos oferecido pelo prestador do serviço.

## **11. DO TERMO**

11.1 - O Termo respeitará integralmente o presente Edital, a legislação vigente e as disposições da Secretaria Municipal de Saúde.

11.2 - O Termo será firmado por 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por sucessivos períodos, mediante concordância das partes e interesse público, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57, II da Lei nº 8.666/93.

## **12. DA RATIFICAÇÃO**

12. Concluídos os trabalhos das comissões técnica e de licitação, o Prefeito Municipal ratificará os atos das comissões, encaminhando a documentação para assinatura do Termo de Credenciamento.

## **13. DO PREÇO**

13.1. A Prefeitura Municipal de São João do Oriente pagará, mensalmente, a importância correspondente aos serviços efetivamente prestados, nos valores unitários de cada procedimento conforme valores médios praticados a nível regional em vigor.

13.2. Os valores estipulados nas tabelas de valores médios praticados a nível regional competente a tabela SUS serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes na tabela SIA/SUS concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo o equilíbrio econômico-financeiro do Termo, caso em que será reavaliada a concessão do incentivo compensatório fixado.

13.3 - Resguardado o preço da tabela nacional de remuneração de procedimentos do SAI/SUS, a Secretaria Municipal de Saúde poderá a sua conveniência e disponibilidade financeira, criar incentivos de valorização que alterem o valor dos procedimentos pagos.

13.4. A revisão da tabela do SUS independerá de termo aditivo, bastando anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores e cópia da publicação no D.O.U.

## **14. DAS RESPONSABILIDADES:**

### **14.1. DO CREDENCIADO:**



14.1.1. Realizar os serviços e/ou procedimentos nas quantidades e especificações previstas na Planilha de Programação de serviços e nos prazos determinados pela Secretaria Municipal de Saúde.

14.1.2. Responsabilizar-se por todo e qualquer dano e/ou prejuízo que vier causar SUS/São João do Oriente, usuário deste e/ou a terceiros na execução dos serviços Credenciados;

14.1.3. Realizar os serviços encaminhados pelo SUS, dentro do limite estipulado neste edital conforme capacidade instalada do prestador.

14.1.4. Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço, bem como prevenir os riscos inerentes à atividade;

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

14.1.6. Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

14.1.7. Informar ao SUS/São João do Oriente eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou mudança de sua Diretora ou de seu estatuto, enviando cópia xerox autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

14.1.8. Executar, conforme a melhor técnica, os serviços Credenciados.

14.1.9. Permitir o acesso dos supervisores e auditores do SUS/ São João do Oriente para supervisionar acompanhar a execução dos serviços de saúde e do termo de Termo celebrado.

14.1.10. Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;

14.1.11. Atender o paciente do SUS com dignidade e respeito e de modo universal igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços;

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 legalmente exigidas;

14.1.14. Prevenir os riscos inerentes a sua atividade;

14.1.15. Realizar serviço de Referência e Contra referência com os Profissionais



das equipes de Atenção Básica da SMS\São João do Oriente.

14.1.15.1 Encaminhar com o paciente a contra referência do encaminhamento permitindo assim o acompanhamento do paciente pelas equipes de atenção básica;

14.1.15.2 Encaminhar o resultado do exame ao município solicitante no prazo de até 5 (cinco) dias, após o prazo necessário para avaliação e laudo, salvo nos casos de emergência, onde o município irá fixar o prazo para retorno;

14.1.16. Encaminhar ao Município o material a ser utilizado na coleta de exames;

14.1.17. Manter arquivo dos serviços executados por no mínimo 5 (cinco) anos, sem prejuízo das regras gerais de controle e avaliação, referente a comprovação de prestação de serviços, ressalvados os prazos diferenciados previstos em lei.

14.1.18. O Credenciado é responsável pela indenização do dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais, prepostos, ficando assegurado ao credenciado o direito de regresso.

14.1.18.1. A fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do credenciado nos termos da legislação referente a licitações e a contratos administrativos.

14.1.19. A responsabilidade de que trata o subitem anterior estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos a prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei nº 8.078 de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

14.1.20. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação dos serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

## **14.2. DO MUNICÍPIO**

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

14.2.2. Orientar e coordenar a credenciada quanto à execução dos serviços;

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



14.2.4. Vistoriar, quando necessário, as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião de assinatura do Termo.

14.2.5. Credenciar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

14.2.6. Efetuar o pagamento conforme previsto neste edital.

### **15. DAS PENALIDADES:**

O não cumprimento das condições e prazos estipulados nesta licitação, por motivo não justificado, sujeitará a empresa, ou o profissional, licitante vencedor, às sanções previstas na Lei Federal nº 8666/93, artigos 81, 86, 87 e 88, além de multas nos seguintes termos:

15.1. É competente para aplicar as sanções de advertência e multa a Secretária Municipal de Saúde;

15.2. A aplicação da penalidade de inidoneidade é de competência da Secretaria Municipal de Saúde, facultada a defesa do credenciado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista;

15.3. No caso de não atendimento ao objeto contratado, prevalecerão as seguintes multas:

15.3.1. 1% (um por cento) sobre o valor do Termo por dia de atraso na execução dos serviços;

15.3.2. Caso venha conduzir culposamente no curso da execução dos serviços, infringindo por negligência, imprudência ou imperícia as cláusulas do Edital, 3% (três por cento) sobre o valor do Termo, hipótese em que se obriga o credenciado a repor a parte danificada, sem ônus para o Município de São João do Oriente;

15.3.3. Por se conduzir dolosamente na execução dos serviços, 5% (cinco por cento) sobre o valor do Termo;

15.3.4. Caso venha desistir da execução dos serviços, além de outras cominações legais, 10% (dez por cento) sobre o valor do Termo;

15.4. As multas serão automaticamente descontáveis dos créditos que o credenciado tenha junto ao Município, devendo ser aplicadas por representação da Procuradoria Geral do Município, facultada a defesa do credenciado no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias da abertura

15.5. de vista;



15.6. Serão considerados motivo de força maior para isenção de multa:

15.6.1. Greve generalizada dos empregados do Credenciado;

15.6.2. Interrupção dos meios normais de transportes;

15.6.3. Acidente que implique em retardamento da execução dos serviços sem culpa por parte do Credenciado;

15.6.4. Calamidade pública.

## **16.DA RESCISÃO:**

16.1. A inexecução total ou parcial do Termo ensejará sua rescisão, com as consequências nele previstas, que serão aplicadas nos seguintes casos:

16.1.1. Quando ocorrer descumprimento de cláusula do Termo e o Município de São João do Oriente não optar pela cobrança de multa prevista no Edital;

16.1.2. Revelando o Credenciado incapacidade e inidoneidade durante a execução dos serviços;

16.1.3. Se cometida qualquer fraude pelo Credenciado;

16.1.4. Se o Credenciado insistir em não cumprir quaisquer obrigações e/ou responsabilidades a ela afetas, nos termos do que dispõe esta licitação;

16.1.5. Se o Credenciado entrar em concordata ou dissolução, ou nela ocorrer falecimento de sócio que prejudique o bom andamento dos serviços;

16.1.6. Quando, após reiteradas notificações, ficar evidenciada incapacidade, imperícia ou má-fé por parte do Credenciado na condução dos serviços.

16.2. Ocorrendo a rescisão por quaisquer dos motivos especificados, fica suspenso o pagamento do Credenciado, até que se apurem eventuais perdas e danos causados ao Município de São João do Oriente.

## **17.DA FISCALIZAÇÃO**

17.1. O Credenciado sujeitar-se-á à fiscalização por parte do município quanto a aferição, qualidade e eficiência dos serviços executados, devendo atender todos os pedidos de informação que se fizerem necessários.

17.2. A fiscalização de que trata o item anterior, será exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, através de órgão interno, bem como emanará da mesma todas as instruções sobre procedimentos a serem adotados para cumprimento dos serviços Credenciados;





17.3. A existência de fiscalização não eximirá a empresa de nenhuma responsabilidade pela execução do serviço.

17.4. Anualmente, com antecedência mínima de trinta (30) dias da data do término do Termo, se for do interesse das partes a sua prorrogação, o contratante vistoriará as instalações do Credenciado para verificar se persistem as mesmas condições técnica comprovadas pôr ocasião da assinatura do Termo.

17.5. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do Credenciado poderá ensejar a não prorrogação do Termo ou a revisão das condições estipuladas.

17.6. Em qualquer hipótese é assegurado ao Credenciado amplo direito de defesa, nos termos da lei federal de licitações e termos administrativos.

17.7. A Secretaria Municipal de Saúde, no exercício do seu poder de fiscalização, terá pleno acesso ao serviço Credenciado.

## **18. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

18. Das decisões relacionadas a este processo, caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias; sob protocolo, nos termos da Lei 8.666/93.

## **19. DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

19.1. O Termo de Credenciamento será celebrado pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, mediante concordância das partes e interesse público, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos da lei Federal nº 8.666/93.

19.2. A parte que não se interessar pela prorrogação do termo deverá comunicar a outra a sua intenção, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

19.3. Se for de interesse das partes pela prorrogação do Termo, o Município deverá comunicar ao credenciado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de término do Termo, para verificar se persistem as mesmas condições comprovadas por ocasião de assinatura do termo.

19.4. Qualquer alteração ou modificação que importe a diminuição da capacidade operativa dos serviços poderá ensejar a não prorrogação do Termo ou na rescisão das condições estipuladas.

## **20. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

A despesa decorrente desta licitação será coberta pela seguinte dotação



orçamentária do orçamento vigente ou por outras do mesmo programa para orçamentos futuros;

**02.05.01.10.302.0006.2038-3.3.90.39.00 Ficha 122**

**21.DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

21.1. Não serão consideradas quaisquer ofertas ou vantagens não previstas neste edital.

21.2. Poderá a Administração revogar o presente edital, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, devidamente justificado, sem que caiba às licitantes direito à indenização, salvo em caso de dano efetivo disso resultante e na forma da lei.

21.3. A administração deverá anular a presente licitação, no todo ou em parte, sempre que ocorrer ilegalidade de ofício, ou por provocação.

21.3.1. A anulação do procedimento licitatório não gera direito à indenização, salvo nas hipóteses legalmente previstas.

21.4. As reuniões de abertura dos envelopes serão sempre públicas e de prévia ciência das licitantes.

21.5. A Comissão Permanente de Licitações - CPL reserva-se o direito de realizar o julgamento de propostas reservadamente ou em público.

21.6. Será facultado a Comissão Permanente de Licitações - CPL, ou a autoridade superior, em qualquer fase de julgamento, promover diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução do processo e a aferição do objeto ofertado, bem como solicitar a órgãos competentes a elaboração de pareceres técnicos destinados a fundamentar a decisão.

21.7. Decairá do direito de impugnar este edital, ou parte dele, a licitante que, tendo- o aceito sem objeção, venha a apontar depois do prazo estipulado na Lei Federal nº 8.666/93, falhas ou irregularidades que a viciaram, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso.

21.8. De acordo com a conveniência da Administração, o Termo poderá sofrer alterações em conformidade com os parágrafos 1º e 3º do artigo 65 da lei 8.666/93.

21.9. Após a abertura da licitação, não caberá desistência da licitante, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Permanente de Licitações - CPL.

21.10. Havendo desistência por parte da licitante após o encerramento da



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

reunião de abertura, sujeitar-se-á este às penalidades previstas neste edital.

Quaisquer outras informações poderão ser obtidas pelos interessados, em dias úteis, no horário de 08:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas, na sede da Prefeitura Municipal ou pelo telefone (33) 3356-1159.

São João do Oriente/MG, 03 de junho de 2019.

**JOAQUIM COELHO DA SILVA**  
Prefeito Municipal



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO I**

**MINUTA DO CONTRATO**

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços, as partes abaixo, de um lado o Município de São João do Oriente, com sede na Praça Primeiro de Março, nº 46, Centro, São João do Oriente/MG, inscrito no CNPJ sob o nº 18.338.848/0001-90, representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **XXXXXXXXXXXX**, doravante denominado **CONTRATANTE** e a empresa ....., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ/ sob o nº ....., com sede na Rua....., nº....., ....., representada pelo Senhor....., inscrito no CPF sob o nº.º ....., doravante denominado CREDENCIADO, têm entre si acordada a prestação de serviços que se regerá de acordo com as seguintes cláusulas e condições a seguir exaradas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Amparo Legal**

1- O presente Termo de Credenciamento está vinculado ao edital de Inexigibilidade nº 0xx/201x.

**CLÁUSULA SEGUNDA - Do Objeto**

2 - Constitui objeto deste Termo, a prestação, de forma continuada, dos serviços de assistência a saúde em especialidades constantes na tabela anexo II deste edital, para atender ao Município de São João do Oriente nos limites financeiros fixados na Planilha de Programação de Serviços anexa da este Termo, e em conformidade com a oferta de serviços do Credenciado, conforme previstos na tabela SUS.

**CLÁUSULA TERCEIRA - Do Serviço Credenciado e da Execução dos Serviços**

3.1. Os serviços serão executados pelo credenciado, conforme oferta apresentada para credenciamento.

3.1.1. A eventual mudança de endereço do estabelecimento do credenciado e a mudança do(s) técnico(s) responsável será imediatamente comunicada ao Contratante, que poderá rever as condições do Termo de Credenciamento.

3.1.2. Os serviços operacionalizados pelo credenciado deverão atender as necessidades do Município, que encaminhará os usuários do SUS/São João



do Oriente, em consonância com as Planilhas de programação de compras de Serviços do credenciado, e obedecerá o seguinte fluxo: SMS\São João do

Oriente reporta a clinica para marcação \ a clínica agenda o procedimento e informa a SMS\ São João do Oriente a data \ SMS\ São João do Oriente encaminha o paciente na data e horário agendados \ o paciente retorna a SMS\ São João do Oriente com resultado dos exames ou contra referência para o serviço de Atenção Básica.

#### **CLÁUSULA QUARTA - Da Assistência aos Serviços de Saúde**

**4.1.** A assistência à Saúde compreende: consultas especializadas, atendimentos médicos de plantão e exames.

**4.2.** Mediante cronograma de incorporação das consultas e exames a serem acertados pelas partes, no período máximo de 5 (cinco) dias a contar da data de assinatura deste Credenciamento, as consultas do Credenciado estarão à disposição da central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados do Município de São João Do Oriente.

**4.3.** Os encaminhamentos para os serviços de consultas e exames, serão feitos pela rede de serviços municipal de saúde, segundo normas expedidas pelo Município de São João do Oriente.

**4.4.** O Contratante estabelecerá normas para definir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de exames subsequentes, o local de revisão das contas ambulantes e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o Credenciado e a satisfação do usuário SUS/São João do Oriente.

#### **CLÁUSULA QUINTA - Do Atendimento**

5. Os serviços serão prestados mediante a solicitação e autorização por escrito da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de SÃO JOÃO DO ORIENTE/MG.

#### **CLÁUSULA SEXTA – Da Prestação de Contas e do Pagamento**

6.1. O CREDENCIADO apresentará mensalmente as faturas dos procedimentos realizados com os pedidos devidamente autorizados pela SMS/SUS/São João do Oriente e os resultados referentes aos exames efetivamente realizados, até o dia 5 (cinco) de cada mês no órgão de Controle e Avaliação da SMS São João do Oriente.



6.2. Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao Credenciado recibo, assinado ou rubricado por servidor da contratante, com aposição do respectivo carimbo funcional.

6.3. As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados serão devolvidas ao CREDENCIADO para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução, acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado pôr meio de carimbo.

6.4. O pagamento de procedimentos indevidos, impróprios ou rejeitados, já efetuado, será debitado pela SMS/São João do Oriente na fatura do mês seguinte.

6.5. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do contratante, este garantirá à credenciada o pagamento no prazo avençado no Termo, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, na transferência do pagamento seguinte.

6.6. O Credenciado deverá anexar junto com sua fatura, o boletim dos serviços executados, o comprovante de quitação de débitos relativos ao INSS, FGTS.

6.7. O pagamento se efetuará mediante cumprimento das cláusulas de responsabilidade elencadas no Termo, não ensejando, pelo atraso, juros nem correção monetária quando ocorrer qualquer forma de inadimplemento;

6.8. O pagamento será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias, contados da efetiva prestação dos serviços, sem que haja incidência de juros ou correção monetária.

6.9. O CREDENCIADO não poderá cobrar dos usuários, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados;

6.10. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução do objeto Credenciado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município de São João do Oriente.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – Das Responsabilidades**

### **7.1. DO CREDENCIADO**

7.1.1. Realizar os serviços nas quantidades e especificações previstas na



Planilha de Programação de serviços e nos prazos determinados pela Secretaria Municipal de Saúde.

7.1.2. Responsabilizar-se por todo e qualquer dano e/ou prejuízo que vier causar SUS/São João do Oriente, usuário deste e/ou a terceiros na

execução dos serviços Credenciados;

7.1.3. Realizar os serviços encaminhados pelo SUS, dentro do limite estipulado neste Contrato conforme capacidade instalada do prestador.

7.1.4. Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço, bem como prevenir os riscos inerentes à atividade;

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

7.1.6. Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

7.1.7. Informar ao SUS/São João do Oriente eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou mudança de sua Diretora ou de seu estatuto, enviando cópia xerox autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

7.1.8. Executar, conforme a melhor técnica, os serviços Credenciados.

7.1.9. Permitir o acesso dos supervisores e auditores do SUS/São João do Oriente para supervisionar acompanhar a execução dos serviços de saúde e do termo de Termo celebrado.

7.1.10. Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste Termo;

7.1.11. Atender o paciente do SUS com dignidade e respeito e de modo universal igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços;

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

7.1.13. Apresentar ao SUS sempre que solicitado, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;



7.1.14. Prevenir os riscos inerentes a sua atividade;

7.1.15. Realizar serviço de Referência e Contra referência com os Profissionais das equipes de Atenção Básica da SMS\São João do Oriente.

7.1.15.1 Encaminhar com o paciente a contra referência do encaminhamento permitindo assim o acompanhamento do paciente pelas equipes de atenção básica;

7.1.15.2 Encaminhar o resultado do exame ao município solicitante no prazo de até 05 (cinco) dias após o prazo necessário para avaliação e laudo, salvo nos casos de emergência, onde o município irá fixar o prazo para retorno;

7.1.16. Encaminhar ao Contratante o material a ser utilizado na coleta de exames;

7.1.17. Manter arquivo dos serviços por, no mínimo, 05 (cinco) anos, sem prejuízo das regras gerais de controle de avaliação, referentes à comprovação de prestação de serviços, ressalvados os prazos diferenciados previstos em lei.

7.1.18. O Credenciado é responsável pela indenização do dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais, prepostos, ficando assegurado ao credenciado o direito de regresso.

7.1.18.1. A fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do credenciado nos termos da legislação referente a licitações e a contratos administrativos.

7.1.19. A responsabilidade de que trata o subitem anterior estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos a prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei nº 8.078 de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

7.1.20. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação dos serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

## **7.2. DO CONTRATANTE**

7.2.1. Fixar quantitativo de serviço, conforme limites estabelecidos na Planilha de Programação de Serviços;





- 7.2.2. Orientar o credenciado quanto à execução dos serviços;
- 7.2.3. Preparar os expedientes referentes ao pagamento das parcelas contratuais.
- 7.2.4. Vistoriar, quando necessário, as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião de assinatura do Termo.
- 7.2.5. Credenciar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.
- 7.2.6. Efetuar o pagamento conforme previsto neste Termo.

#### **CLÁUSULA OITAVA – Das Sanções:**

O não cumprimento das condições e prazos estipulados neste instrumento, por motivo não justificado, sujeitará o Credenciado, às sanções previstas na Lei Federal nº 8666/93, artigos 81, 86, 87 e 88, além de multas nos seguintes termos:

- 8.1. É competente para aplicar as sanções de advertência e multa o Secretário Municipal de Administração;
- 8.2. A aplicação da penalidade de inidoneidade é de competência da Secretaria Municipal de Administração, facultada a defesa do credenciado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista;
- 8.3. No caso de não atendimento ao objeto contratado, prevalecerão as seguintes multas:
- 8.3.1. 1% (um por cento) sobre o valor do Termo por dia de atraso na execução dos serviços;
- 8.3.2. Caso venha conduzir culposamente no curso da execução dos serviços, infringindo por negligência, imprudência ou imperícia as cláusulas do Termo, 3% (três por cento) sobre o valor do Termo, hipótese em que se obriga o Credenciado a repor a parte danificada, sem ônus para o Município de São João do Oriente;
- 8.3.3. Por se conduzir dolosamente na execução dos serviços, 5% (cinco por cento) sobre o valor do Termo;
- 8.3.4. Caso venha desistir da execução dos serviços, além de outras cominações legais, 10% (dez por cento) sobre o valor do Termo;
- 8.4. As multas serão automaticamente descontáveis dos créditos que a empresa



tenha junto ao Município, devendo ser aplicadas por representação da Procuradoria Geral do Município, facultada a defesa do credenciado no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias da abertura de vista;

8.5. Serão considerados motivo de força maior para isenção de multa:

8.5.1. Greve generalizada dos empregados do Credenciado;

8.5.2. Interrupção dos meios normais de transportes;

8.5.3. Acidente que implique em retardamento da execução dos serviços sem culpa por parte do Credenciado;

8.5.4. Calamidade pública.

#### **CLÁUSULA NONA - Da Rescisão:**

9.1. A inexecução total ou parcial do Termo ensejará sua rescisão, com as consequências nele previstas, que serão aplicadas nos seguintes casos:

9.1.1. Quando ocorrer descumprimento de cláusula do Termo e o Município de São João do Oriente não optar pela cobrança de multa prevista neste Termo;

9.1.2. Revelando o Credenciado incapacidade e inidoneidade durante a execução dos serviços;

9.1.3. Se cometida qualquer fraude pelo Credenciado;

9.1.4. Se o Credenciado insistir em não cumprir quaisquer obrigações e/ou responsabilidades a ela afetas, nos termos do que dispõe este Termo;

9.1.5. Se o Credenciado entrar em concordata ou dissolução, ou nela ocorrer falecimento de sócio que prejudique o bom andamento dos serviços;

9.1.6. Quando, após reiteradas notificações, ficar evidenciada incapacidade, imperícia ou má-fé por parte do Credenciado na condução dos serviços.

9.2. Ocorrendo a rescisão por quaisquer dos motivos especificados, fica suspenso o pagamento à Credenciada, até que se apurem eventuais perdas e danos causados ao Contratante.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – Da Vigência e da Prorrogação**

10.1. O Termo de Credenciamento será celebrado pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, mediante concordância das partes e interesse público, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos da lei Federal nº 8.666/93.



10.2. A parte que não se interessar pela prorrogação do termo deverá comunicar a outra a sua intenção, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

10.3. Se for de interesse das partes pela prorrogação do Termo, o Contratante deverá comunicar o credenciado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de término do Termo, para verificar se persistem as mesmas condições comprovadas por ocasião de assinatura do termo.

10.4. Qualquer alteração ou modificação que importe a diminuição da capacidade operativa dos serviços poderá ensejar a não prorrogação do Termo ou na rescisão das condições estipuladas.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Da Fiscalização**

11.1. O Credenciado sujeitar-se-á à fiscalização por parte do município quanto a aferição, qualidade e eficiência dos serviços executados, devendo

11.2. atender todos os pedidos e informação que se fizerem necessários.

11.3. A fiscalização de que trata o item anterior, será exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, através de órgão interno, bem como emanará da mesma todas as instruções sobre serviços a serem adotados para cumprimento dos serviços Credenciados;

11.4. A existência de fiscalização não eximirá o credenciado de nenhuma responsabilidade pela execução do serviço.

11.5. Anualmente, com antecedência mínima de trinta (30) dias da data do término deste Termo, se for do interesse das partes a sua prorrogação, o contratante vistoriará as instalações do Credenciado para verificar se persistem as mesmas condições técnica comprovadas por ocasião da assinatura do Termo.

11.6. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do Credenciado poderá ensejar a não prorrogação do Termo ou a revisão das condições estipuladas.

11.7. Em qualquer hipótese é assegurado ao Credenciado amplo direito de defesa, nos termos da lei federal de licitações e Termos administrativos.

11.8. A Secretaria Municipal de Saúde, no exercício do seu poder de fiscalização, terá pleno acesso ao serviço Credenciado.



## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Disposições Gerais**

12.1. O CREDENCIADO fornecerá, juntamente com as faturas e notas fiscais de prestação dos serviços, os dados da conta bancária para eu seja depositado o pagamento devido.

12.2. Constitui obrigação das partes comunicar à outra qualquer mudança em seus dados cadastrais, num prazo máximo de 10 (dez) dias de sua efetivação.

12.3. É vedada a exclusividade na relação contratual, sendo as partes independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros para a mesma finalidade.

12.4. O CREDENCIADO deverá comunicar à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias a interrupção no atendimento ou prestação de qualquer dos serviços ora credenciados.

12.5. Quaisquer notificações e/ou comunicações formais entre as partes relacionadas ao presente termo, serão feitas, obrigatoriamente, por intermédio de carta com aviso de recebimento

- AR ou com recibo dado pela outra parte, no caso de entrega pessoal, ou fax,

seguido de resposta com indicação do conteúdo do texto recebido.

12.6. Nos termos do artigo 393 do código civil, nenhum encargo financeiro poderá ser exigido desde que o inadimplemento de quaisquer das obrigações contratuais advenha de caso fortuito ou de força maiores, devidamente caracterizados.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Do Valor Estimado**

13.1. O valor estimado do Termo de Credenciamento é de R\$\_\_\_\_(\_\_\_\_), para o período de 12 (doze) meses.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Do Foro**

14.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Inhapim/MG, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer questão que se originar deste termo.

Para constar e, como prova deste ajuste, foi lavrado o presente, que depois de lido e achado conforme, foi assinado pelas partes, extraindo-se cópias necessárias para documento e controle.

São João do Oriente/MG, \_\_\_ de \_\_\_ de 201x.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

CREENCIADO

Testemunhas: 1- \_\_\_\_\_  
CPF Nº:

2- \_\_\_\_\_  
CPF Nº:



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO II**

**TABELA DE PROCEDIMENTOS A SEREM CONTRATADOS E DE VALORES MÉDIOS  
PRATICADOS A NÍVEL REGIONAL.**

**TABELA DE SERVIÇOS E PREÇOS A NÍVEL REGIONAL –  
APROVADA PELO CMS/SÃO JOÃO DO ORIENTE**

<b>ANAMNESE PARA COLONOSCOPIA</b>					
<b>ITEM</b>	<b>UNID.</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANT. PREVISTA</b>	<b>VALOR UNIT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1	SERV.	ANAMNESE PARA COLONOSCOPIA	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
<b>ANÁTOMOS PATOLÓGICOS E CITOPATOLÓGICOS</b>					
<b>ITEM</b>	<b>UNID.</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANT. PREVISTA</b>	<b>VALOR UNIT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
2	SERV.	COLORAÇÃO ESPECIAL (POR COLORAÇÃO)	60	R\$ 61,00	R\$ 3.660,00
3	SERV.	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE BIÓPSIA SIMPLES (1 FRAGMENTO)	60	R\$ 61,00	R\$ 3.660,00
4	SERV.	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO DE FRAGMENTOS MÚLTIPLOS DE MESMA TOPOGRAFIA	60	R\$ 61,00	R\$ 3.660,00
5	SERV.	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MARGEM (POR MARGEM), ÓRGÃOS ADICIONAIS GRUPO DE LINFONODOS (POR GRUPO)	60	R\$ 61,00	R\$ 3.660,00
6	SERV.	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA SIMPLES (RTU E RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA)	60	R\$ 61,00	R\$ 3.660,00
7	SERV.	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PEROPERATÓRIO (CONGELAÇÃO; POR FRAGMENTO)	60	R\$ 297,00	R\$ 17.820,00
8	SERV.	EXAME CITOPATOLOGICO DE PAAF POR FRASCO COLETADO	60	R\$ 50,00	R\$ 3.000,00
9	SERV.	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	60	R\$ 588,00	R\$ 35.280,00
10	SERV.	PREVENTIVO/PAPANICOLAU-EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	60	R\$ 33,00	R\$ 1.980,00
<b>BIÓPSIA E PUNÇÃO</b>					
<b>ITEM</b>	<b>UNID.</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANT. PREVISTA</b>	<b>VALOR UNIT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
11	SERV.	BIÓPSIA DE MAMA COM AGULHA GROSSA GUIADA POR US : CORE BIOPSY	60	R\$ 153,00	R\$ 9.180,00
12	SERV.	BIÓPSIA DE MAMA : CORE BIOPSY	60	R\$ 275,00	R\$ 16.500,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

13	SERV.	BIOPSIA DE PROSTATA POR VIA TRANSRETAL GUIADA POR ULTRASSON	60	R\$ 283,00	R\$ 16.980,00
14	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA : AXILAR	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
15	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA: LINFONODULOS	60	R\$ 145,00	R\$ 8.700,00
16	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA: MAMA	60	R\$ 152,00	R\$ 9.120,00
17	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA: MOLES	60	R\$ 145,00	R\$ 8.700,00
18	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA : PARÓTIDAS	60	R\$ 133,00	R\$ 7.980,00
19	SERV.	PAFF: PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA : TIREOIDE	60	R\$ 125,00	R\$ 7.500,00

**CINTILOGRAFIA**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
20	SERV.	CINTILOGRAFIA COM ANÁLAGO DA SOMATOSTATINA	60	R\$ 110,00	R\$ 6.600,00
21	SERV.	CINTILOGRAFIA COM MIBG	60	R\$ 110,00	R\$ 6.600,00
22	SERV.	CINTILOGRAFIA DA PERFUSÃO CEREBRAL	60	R\$ 205,00	R\$ 12.300,00
23	SERV.	CINTILOGRAFIA DA PERFUSÃO MIOCÁRDICA DOBUTAMINA	60	R\$ 185,00	R\$ 11.100,00
24	SERV.	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
25	SERV.	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	60	R\$ 457,00	R\$ 27.420,00
26	SERV.	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	60	R\$ 906,80	R\$ 54.408,00
27	SERV.	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	60	R\$ 135,00	R\$ 8.100,00
28	SERV.	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
29	SERV.	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	60	R\$ 70,00	R\$ 4.200,00
30	SERV.	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
31	SERV.	CINTILOGRAFIA DE MAMA BILATERAL OU MAMOCINTILOGRAFIA	60	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
32	SERV.	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES)	60	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
33	SERV.	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)	30	R\$ 400,00	R\$ 12.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

34	SERV.	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DE PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECoes) - DIPIRIDAMOL	30	R\$ 410,00	R\$ 12.300,00
35	SERV.	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECoes )	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
36	SERV.	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00
37	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	30	R\$ 325,00	R\$ 9.750,00
38	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	30	R\$ 450,00	R\$ 13.500,00
39	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	30	R\$ 460,00	R\$ 13.800,00
40	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECoes)	30	R\$ 130,00	R\$ 3.900,00
41	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECoes)	30	R\$ 132,00	R\$ 3.960,00
42	SERV.	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	30	R\$ 130,00	R\$ 3.900,00
43	SERV.	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	30	R\$ 500,00	R\$ 15.000,00
44	SERV.	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	30	R\$ 500,00	R\$ 15.000,00
45	SERV.	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	30	R\$ 150,00	R\$ 4.500,00
46	SERV.	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	30	R\$ 110,00	R\$ 3.300,00
47	SERV.	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	30	R\$ 80,00	R\$ 2.400,00
48	SERV.	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	30	R\$ 110,00	R\$ 3.300,00
49	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	30	R\$ 115,00	R\$ 3.450,00
50	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
51	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI- SOLIDO)	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
52	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	30	R\$ 150,00	R\$ 4.500,00
53	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
54	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	30	R\$ 160,00	R\$ 4.800,00
55	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	30	R\$ 320,00	R\$ 9.600,00
56	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	30	R\$ 145,00	R\$ 4.350,00





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

57	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	30	R\$ 340,00	R\$ 10.200,00
58	SERV.	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	30	R\$ 145,00	R\$ 4.350,00
59	SERV.	CINTILOGRAFIA RENAL COM CAPTOPRIL BASAL OU ESTUDO RENAL DINÂMICO BASAL COM CAPTOPRIL COM DIURÉTICO	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00
60	SERV.	CINTILOGRAFIA RENAL COM CAPTOPRIL OU ESTUDO RENAL DINÂMICO COM DUIRÉTICO	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00
61	SERV.	CINTILOGRAFIA RENAL COM DMSA COM CAPTOPRIL	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
62	SERV.	CINTILOGRAFIA RENAL COM DMSA COM PENTAVALENTE	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
63	SERV.	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	30	R\$ 135,00	R\$ 4.050,00
64	SERV.	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	30	R\$ 220,00	R\$ 6.600,00
65	SERV.	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	30	R\$ 180,00	R\$ 5.400,00
66	SERV.	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	30	R\$ 110,00	R\$ 3.300,00
67	SERV.	CISTERNOCINTILOGRAFIA	30	R\$ 130,00	R\$ 3.900,00
68	SERV.	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	30	R\$ 208,00	R\$ 6.240,00
69	SERV.	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	30	R\$ 127,00	R\$ 3.810,00
70	SERV.	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	30	R\$ 150,00	R\$ 4.500,00
71	SERV.	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	30	R\$ 100,00	R\$ 3.000,00
72	SERV.	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	30	R\$ 65,00	R\$ 1.950,00
73	SERV.	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	30	R\$ 65,00	R\$ 1.950,00
74	SERV.	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	30	R\$ 125,00	R\$ 3.750,00
75	SERV.	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	30	R\$ 56,00	R\$ 1.680,00
76	SERV.	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
77	SERV.	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	30	R\$ 170,00	R\$ 5.100,00
78	SERV.	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	30	R\$ 1.103,26	R\$ 33.097,80
79	SERV.	LINFOCINTILOGRAFIA	30	R\$ 145,00	R\$ 4.350,00
80	SERV.	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	30	R\$ 110,00	R\$ 3.300,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

**CIRÚRGIAS GINECOLÓGICAS**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
81	SERV.	CONIZAÇÃO	30	R\$ 1.553,00	R\$ 46.590,00
82	SERV.	CULDOPLASTIA	30	R\$ 1.800,00	R\$ 54.000,00
83	SERV.	CURETAGEM SEMIÓTICA C/OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	30	R\$ 586,00	R\$ 17.580,00
84	SERV.	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	30	R\$ 1.553,00	R\$ 46.590,00
85	SERV.	EXERESE DE CISTO VAGINAL	30	R\$ 1.304,00	R\$ 39.120,00
86	SERV.	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	30	R\$ 790,00	R\$ 23.700,00
87	SERV.	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	30	R\$ 2.698,00	R\$ 80.940,00
88	SERV.	HISTERECTOMIA PUERPERAL	30	R\$ 1.705,00	R\$ 51.150,00
89	SERV.	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	30	R\$ 1.912,00	R\$ 57.360,00
90	SERV.	HISTERECTOMIA TOTAL	30	R\$ 2.220,00	R\$ 66.600,00
91	SERV.	LAQUEADURA TUBARIA	30	R\$ 1.190,00	R\$ 35.700,00

**CIRÚRGIAS OBSTÉTRICAS**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
92	SERV.	OPME PARA PARTO CESARIANO C MATERGAM	30	R\$ 400,00	R\$ 12.000,00
93	SERV.	PARTO CESARIANO	30	R\$ 1.911,00	R\$ 57.330,00
94	SERV.	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	30	R\$ 1.911,00	R\$ 57.330,00
95	SERV.	PARTO CESARIANO C/ MATERGAM	30	R\$ 2.411,00	R\$ 72.330,00

**CIRÚRGIAS OFTALMOLÓGICAS**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
96	SERV.	FACOEMLSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRAVEL	30	R\$ 850,00	R\$ 25.500,00
97	SERV.	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	60	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00

**CIRÚRGIAS OTORRINOLARINGOLOGIA**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
98	SERV.	ADENOIDECTOMIA	30	R\$ 1.219,00	R\$ 36.570,00
99	SERV.	ADENOIDECTOMIA+AMIGDALECTO MIA+SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	30	R\$ 2.251,00	R\$ 67.530,00
100	SERV.	ADENOIDECTOMIA+AMIGDALECTO MIA+TURBINECTOMIA	30	R\$ 2.506,00	R\$ 75.180,00
101	SERV.	AMIGDALECTOMIA	30	R\$ 1.071,00	R\$ 32.130,00
102	SERV.	ESTAPEDECTOMIA	30	R\$ 3.256,00	R\$ 97.680,00
103	SERV.	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	30	R\$ 1.256,00	R\$ 37.680,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

104	SERV.	MASTOIDECTOMIA RADICAL	30	R\$ 3.830,00	R\$ 114.900,00
105	SERV.	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	30	R\$ 2.459,00	R\$ 73.770,00
<b>COLONOSCOPIA</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
106	SERV.	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA	30	R\$ 510,00	R\$ 15.300,00
107	SERV.	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	30	R\$ 764,09	R\$ 22.922,70
108	SERV.	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA(RETIRADA DE PÓLIPO)	30	R\$ 764,09	R\$ 22.922,70
109	SERV.	COLONOSCOPIA (INCLUI RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	30	R\$ 480,00	R\$ 14.400,00
110	SERV.	OPME PARA COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	30	R\$ 260,00	R\$ 7.800,00
111	SERV.	OPME PARA COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA(RETIRADA DE PÓLIPO)	240	R\$ 260,00	R\$ 62.400,00
<b>CONSULTA DE AVALIAÇÃO</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
112	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO-CIRURGIA OFTALMOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
113	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/GERAL	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
114	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/GINECOLÓGICA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
115	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA /MASTOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
116	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/OBSTETRÍCIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
117	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/OFTALMOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
118	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/ORTOPEDIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
119	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/OTORRINOLARINGOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
120	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/UROLOGIA	240	R\$ 70,00	R\$ 16.800,00
121	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - CIRURGIA/VASCULAR	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
122	SERV.	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO - HSVP	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
123	SERV.	CONSULTA PARA RISCO CIRÚRGICO COM ANESTESISTA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
<b>CONSULTA ESPECIALIZADAS</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
124	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM ALERGISTA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
125	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM ANESTESISTA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

126	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
127	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO GERAL	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
128	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO PLÁSTICO	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
129	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO VASCULAR	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
130	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM INFECTOLOGISTA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
131	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA COM NEUROCIRURGIÃO	240	R\$	88,00	R\$	21.120,00
132	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
133	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
134	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA INFANTIL	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
135	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
136	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
137	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
138	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
139	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
140	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	1500	R\$	75,00	R\$	112.500,00
141	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GESTANTE DE ALTO RISCO	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
142	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
143	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GLAUCOMA + CAMPIMETRIA COMPUTADORIZA BINOCULAR	240	R\$	220,00	R\$	52.800,00
144	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGIA	240	R\$	220,00	R\$	52.800,00
145	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM HEPATOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
146	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
147	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
148	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
149	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
150	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
151	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00
152	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	240	R\$	90,00	R\$	21.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

153	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
154	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
155	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
156	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
157	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	240	R\$ 132,00	R\$ 31.680,00
158	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
159	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM TERAPIA OCUPACIONAL	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
160	SERV.	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
161	SERV.	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	240	R\$ 90,00	R\$ 21.600,00
162	SERV.	SERVIÇOS DE PLANTÃO MÉDICO EM UBS	1500	R\$ 75,00	R\$ 112.500,00

**CONTRASTE**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
163	SERV.	CONTRASTE	60	R\$ 130,00	R\$ 7.800,00

**EXAME COLOPROCTOLÓGICO**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
164	SERV.	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	60	R\$ 75,00	R\$ 4.500,00

**EXAME CARDIOLÓGICO**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
165	SERV.	ECOCARDIOGRAMA (ULTRASSOM DO CORAÇÃO)	60	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
166	SERV.	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM FLUXO A CORES ADULTO E INFANTIL	60	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
167	SERV.	ELETROCARDIOGRAMA(ECG) COM TRAÇADO E LAUDO	60	R\$ 28,00	R\$ 1.680,00
168	SERV.	HOLTER 24 HORAS	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
169	SERV.	TESTE ERGOMÉTRICO COMPUTADORIZADO EM ESTEIRA	60	R\$ 100,00	R\$ 6.000,00

**EXAMES ENDOSCÓPICOS/ GASTROSCÓPICOS**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
170	SERV.	ENDOSCOPIA ALTA COM DILATAÇÃO DO ESÓFAGO SEM UTILIZAÇÃO DO BALÃO(COM VELAS)	60	R\$ 392,76	R\$ 23.565,60
171	SERV.	ENDOSCOPIA ALTA COM FOTO INCLUINDO COLETA DE BIÓPSIA E TESTE DE URÉASE	60	R\$ 175,00	R\$ 10.500,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

172	SERV.	MANOMETRIA ESOFAGICA(COMTEMPLA PHMETRIA)	60	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
173	SERV.	OPME PARA ENDOSCOPIA ALTA COM DILATAÇÃO DO ESOFAGO POR BALÃO(BALÃO DO HOSPITAL)	60	R\$ 260,00	R\$ 15.600,00
<b>EXAMES GINCOLÓGICOS</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
174	SERV.	BIOPSIA DE COLO UTERINO	60	R\$ 52,00	R\$ 3.120,00
175	SERV.	BIOPSIA DE VAGINA	60	R\$ 50,00	R\$ 3.000,00
176	SERV.	BIOPSIA DE VULVA	60	R\$ 70,00	R\$ 4.200,00
177	SERV.	CAUTERIZAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA	60	R\$ 180,00	R\$ 10.800,00
178	SERV.	CIRURGIA DE ALTO FREQUÊNCIA	60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
179	SERV.	COLPOSCOPIA	60	R\$ 70,00	R\$ 4.200,00
180	SERV.	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	60	R\$ 120,00	R\$ 7.200,00
181	SERV.	RETIRADA DE PÓLIPO	60	R\$ 70,00	R\$ 4.200,00
<b>EXAMES PNEUMOLÓGICOS</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
182	SERV.	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	60	R\$ 70,00	R\$ 4.200,00
<b>EXAMES UROLÓGICOS</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
183	SERV.	ESTUDO URODINÂMICO FEMININO	60	R\$ 398,00	R\$ 23.880,00
<b>MAMOGRAFIA</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
184	SERV.	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
185	SERV.	MAMOGRAFIA UNILATERAL	60	R\$ 45,00	R\$ 2.700,00
<b>RADIOGRAFIA</b>					
ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
186	SERV.	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIAÇÃO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSIÇÃO CORPORAL)	120	R\$ 160,00	R\$ 19.200,00
187	SERV.	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
188	SERV.	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	120	R\$ 75,00	R\$ 9.000,00
189	SERV.	ESCANOMETRIA	120	R\$ 60,00	R\$ 7.200,00
190	SERV.	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	120	R\$ 174,47	R\$ 20.936,40



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

191	SERV.	PLANIGRAFIA DE LARINGE	120	R\$ 112,39	R\$ 13.486,80
192	SERV.	PLANIGRAFIA DE OSSO EM DOIS PLANOS	120	R\$ 90,00	R\$ 10.800,00
193	SERV.	PLANIGRAFIA LINEAR DE CRÂNIO OU SELA TURSICA OU FACE OU MASTÓIDE	120	R\$ 105,00	R\$ 12.600,00
194	SERV.	RADIOGRAFIA-ARCADA DENTARIA (POR ARCADA)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
195	SERV.	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
196	SERV.	RADIOGRAFIA-COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
197	SERV.	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
198	SERV.	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
199	SERV.	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
200	SERV.	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
201	SERV.	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
202	SERV.	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
203	SERV.	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
204	SERV.	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
205	SERV.	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
206	SERV.	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
207	SERV.	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
208	SERV.	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
209	SERV.	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
210	SERV.	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
211	SERV.	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
212	SERV.	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP+LATERAL)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
213	SERV.	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
214	SERV.	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
215	SERV.	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
216	SERV.	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
217	SERV.	RADIOGRAFIA DE COXA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

218	SERV.	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
219	SERV.	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
220	SERV.	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
221	SERV.	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
222	SERV.	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
223	SERV.	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
224	SERV.	RADIOGRAFIA DE LARINGE	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
225	SERV.	RADIOGRAFIA DE MÃO	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
226	SERV.	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
227	SERV.	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
228	SERV.	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
229	SERV.	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
230	SERV.	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
231	SERV.	RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
232	SERV.	RADIOGRAFIA DE PENIS	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
233	SERV.	RADIOGRAFIA DE PERNA	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
234	SERV.	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
235	SERV.	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLIQUA)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
236	SERV.	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
237	SERV.	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
238	SERV.	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE(FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
239	SERV.	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA(PA+LATERAL+BRETTON)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
240	SERV.	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
241	SERV.	RADIOGRAFIA DE TORAX(PA E PERFIL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
242	SERV.	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
243	SERV.	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
244	SERV.	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00
245	SERV.	RADIOGRAFIA-ESôFAGO-HIATO-ESTôMAGO E DUODENO	120	R\$	30,00	R\$	3.600,00





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

246	SERV.	RADIOGRAFIA OCLUSAL	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
247	SERV.	RADIOGRAFIA PANORAMICA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
248	SERV.	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
249	SERV.	RADIOGRAFIA -PANORÂMICA DE MANDÍBULA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
250	SERV.	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
251	SERV.	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
252	SERV.	RX - AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMARIA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
253	SERV.	RX - ESQUELETO (INCIDENCIAS BASICAS DE: CRANIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
254	SERV.	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
255	SERV.	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
256	SERV.	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
257	SERV.	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
258	SERV.	RX-LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO) PARTES MOLES)	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
259	SERV.	RX - OMOPLATA OU ESCAPULA	120	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
260	SERV.	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
261	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTERIAL OU VENOSA (PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
262	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
263	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BASE DO CRÂNIO	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
264	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BOLSA ESCROTAL	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
265	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA (UNILATERAL)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
266	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
267	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA (UNILATERAL)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
268	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO (EXCETO PUNHO)	60	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

269	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA (UNILATERAL)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
270	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE AORTA ABDOMINAL	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
271	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE AORTA TORÁCICA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
272	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
273	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÉ (ANTE Pé), EXCETO TORNOZELO	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
274	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÊNIS	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
275	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
276	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
277	SERV.	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (EXCETO COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
278	SERV.	ARTRORESSONÂNCIA MAGNÉTICA (INCLUINDO A PUNÇÃO ARTICULAR) - POR ARTICULAÇÃO	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
279	SERV.	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	60	R\$	51,00	R\$	3.060,00
280	SERV.	COLANGIORESSONANCIA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
281	SERV.	ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
282	SERV.	ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
283	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
284	SERV.	RESSONANCIA MAGNÉTICA DA HIPÓFISE	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
285	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
286	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
287	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARCOS COSTAIS	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
288	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
289	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
290	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
291	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

292	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
293	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
294	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXO-FEMORAL	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
295	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
296	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE FÍGADO COM CONTRASTE ESPECÍFICO	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
297	SERV.	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSIVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE( FAEC)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
298	SERV.	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSIVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE( FAEC)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
299	SERV.	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSIVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE - RESTRITA AOS CASOS DE IMPLANTE UNILATERAL DE PROTESE (FAEC)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
300	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
301	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
302	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE OUVIDOS - MASTÓIDES	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
303	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
304	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEGMENTO APENDICULAR(BRAÇO, COXA, MÃO, PERNA, PÉ)	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
305	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
306	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
307	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
308	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA ILIACAS E FEMORAIS	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
309	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA PENIANA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
310	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA PLEXO BRAQUIAL	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
311	SERV.	RESSONANCIA MAGNETICA SEIOS DA FACE	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00
312	SERV.	URORESSONANCIA	60	R\$	350,00	R\$	21.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

ITEM	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
313	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA (ABDOME SUPERIOR OU PELVE) – ARTERIAL OU VENOSA	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
314	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA AORTA TORÁCICA – AORTA ABDOMINAL – ILIACAS MI	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
315	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA ARCO AORTICO	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
316	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA ARTÉRIAS ILÍACAS	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
317	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA ARTÉRIAS MESENTERICAS	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
318	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA ARTÉRIAS RENAIIS	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
319	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE AORTA ABDOMINAL	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
320	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE AORTA TORÁCICA	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
321	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	60	R\$ 130,00	R\$ 7.800,00
322	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE MASTOIDES OU ORELHAS	60	R\$ 130,00	R\$ 7.800,00
323	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE MEMBROS INFERIORES	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
324	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE MEMBROS SUPERIORES	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
325	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE TÓRAX(TEP)	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
326	SERV.	ANGIOTOMOGRAMIA DE VASOS CEREBRAIS – CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
327	SERV.	ARTROTOMOGRAMIA (INCLUSO A PUNÇÃO ARTICULAR) POR ARTICULAÇÃO	60	R\$ 310,00	R\$ 18.600,00
328	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA COXO-FEMURAL	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
329	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
330	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRAÇO	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
331	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ARCOS COSTAIS	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
332	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
333	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
334	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
335	SERV.	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE BACIA - QUADRIL	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

336	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRAÇO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
337	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CALCANEIO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
338	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
339	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
340	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR	60	R\$	250,00	R\$	15.000,00
341	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	60	R\$	250,00	R\$	15.000,00
342	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
343	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
344	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
345	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
346	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
347	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE-PARATIREÓIDE	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
348	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
349	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE LARINGE-TIREÓIDE	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
350	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
351	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÃO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
352	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBRO SUPERIOR	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
353	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
354	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
355	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OUVIDOS- MASTÓIDES	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
356	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
357	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	60	R\$	250,00	R\$	15.000,00
358	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNA	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
359	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00
360	SERV.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE REGIÃO CERVICAL	60	R\$	170,00	R\$	10.200,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

361	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
362	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
363	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
364	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
365	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
366	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
367	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA MAXILAR	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
368	SERV.	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA MEDIASTINO	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
369	SERV.	TOMOGRÁFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
370	SERV.	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
371	SERV.	UROTOMOGRÁFIA COMPLETA	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
372	SERV.	UROTOMOGRÁFIA SIMPLES	60	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00

**ULTRASSONOGRÁFIA**

	UNID.	ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO	QUANT. PREVISTA	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
373	SERV.	DOPPLER APARELHO URINARIO	120	R\$ 165,00	R\$ 19.800,00
374	SERV.	DOPPLER BOLSA ESCROTAL	120	R\$ 160,00	R\$ 19.200,00
375	SERV.	DOPPLER TIREOIDE	120	R\$ 147,00	R\$ 17.640,00
376	SERV.	DOPPLER TRANSVAGINAL	120	R\$ 98,00	R\$ 11.760,00
377	SERV.	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	120	R\$ 365,00	R\$ 43.800,00
378	SERV.	ULTRASSOM DE FÚRCULA ESTERNAL	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
379	SERV.	ULTRASSOM DE QUADRIL	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
380	SERV.	ULTRASSOM DE TROCANTER	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
381	SERV.	ULTRASSOM DOPPLER ABDÔMEN COM SISTEMA PORTA	120	R\$ 152,00	R\$ 18.240,00
382	SERV.	ULTRASSOM DOPPLER AORTA ABDOMINAL	120	R\$ 152,00	R\$ 18.240,00
383	SERV.	ULTRASSOM DOPPLER ARTERIA RENAL	120	R\$ 145,00	R\$ 17.400,00
384	SERV.	ULTRASSOM DOPPLER SISTEMA PORTA VEIA MESENTÉRICA	120	R\$ 142,00	R\$ 17.040,00
385	SERV.	ULTRASSOM GLÚTEO	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
386	SERV.	ULTRASSOM ORGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
387	SERV.	ULTRASSOM PRE AURICULAR	120	R\$ 65,00	R\$ 7.800,00
388	SERV.	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

389	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
390	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE ANTEBRACO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
391	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
392	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE BRACO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
393	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE CALCANEIO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
394	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE COTOVELO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
395	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE COXA	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
396	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE JOELHO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
397	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE OMBRO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
398	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
399	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE PUNHO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
400	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORNOZELO (RETRO PÊ)	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
401	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
402	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL COM INVESTIGAÇÃO DE AXILAS	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
403	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
404	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
405	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
406	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
407	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA PRIMEIRO TRIMESTRE	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
408	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
409	SERV.	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	120	R\$ 70,00	R\$ 8.400,00
410	SERV.	USG BOLSA ESCROTAL	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
411	SERV.	USG DE DE DEDOS	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
412	SERV.	USG DE MÃO	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
413	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR MMI - ( DIREITO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
414	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR MMI - ( ESQUERDO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
415	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DO MEMBRO SUPERIOR MMS - ( DIREITO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

416	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DO MEMBRO SUPERIOR MMS - ( ESQUERDO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
417	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DOS MEMBROS INFERIORES MMII - ( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 253,00	R\$ 30.360,00
418	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DOS MEMBROS SUPERIORES MMSS-( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 253,00	R\$ 30.360,00
419	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL E VENOSO DOS MEMBROS INFERIORES MMII - ( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 500,00	R\$ 60.000,00
420	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO ARTERIAL E VENOSO DOS MEMBROS SUPERIORES MMSS - ( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 500,00	R\$ 60.000,00
421	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR MMI - ( DIREITO )	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
422	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR MMI - ( ESQUERDO )	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
423	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO SUPERIOR MMS - ( DIREITO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
424	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO SUPERIOR MMS - ( ESQUERDO)	120	R\$ 130,00	R\$ 15.600,00
425	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DOS MEMBROS INFERIORES MMII - ( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 253,00	R\$ 30.360,00
426	SERV.	USG DOPPLER COLORIDO VENOSO DOS MEMBROS SUPERIORES MMSS - ( DIREITO E ESQUERDO)	120	R\$ 253,00	R\$ 30.360,00
427	SERV.	USG DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	120	R\$ 121,00	R\$ 14.520,00
428	SERV.	USG DOPPLER REGIAO CERVICAL	120	R\$ 98,00	R\$ 11.760,00
429	SERV.	USG DOS PÉS	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
430	SERV.	USG GLANDULA PAROTIDA	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
431	SERV.	USG INGUINAL	120	R\$ 60,00	R\$ 7.200,00
432	SERV.	USG MAMARIA BILATERAL C/ INVESTIGAÇÃO DE AXILA	120	R\$ 110,00	R\$ 13.200,00
433	SERV.	USG MANDIBULAR	120	R\$ 63,00	R\$ 7.560,00
434	SERV.	USG OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	120	R\$ 102,00	R\$ 12.240,00
435	SERV.	USG OBSTETRICA / MORFOLOGICO	120	R\$ 116,00	R\$ 13.920,00
436	SERV.	USG PAREDE ABDOMINAL	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
437	SERV.	USG PARTES MOLES	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
438	SERV.	USG PENIS	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00
439	SERV.	USG PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	120	R\$ 68,00	R\$ 8.160,00





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SÃO JOÃO DO ORIENTE**

*Agora no Rumo Certo*

440	SERV.	USG REGIAO CERVICAL	120	R\$ 74,00	R\$ 8.880,00
441	SERV.	USG REGIAO PERIANAL	120	R\$ 85,00	R\$ 10.200,00
442	SERV.	USG TENDÕES E FLEXIÕES	120	R\$ 58,00	R\$ 6.960,00
443	SERV.	USG TESTICULO	120	R\$ 63,00	R\$ 7.560,00
444	SERV.	USG TIREOIDE	120	R\$ 60,00	R\$ 7.200,00
445	SERV.	USG TORAX (EXTRACARDIACA)	120	R\$ 73,00	R\$ 8.760,00
446	SERV.	USG TRANSFONTANELA	120	R\$ 81,00	R\$ 9.720,00

**VIDEOLARINGOSCOPIA E VIDEONASOLARINGOSCOPIA**

	<b>UNID.</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO/ PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANT. PREVISTA</b>	<b>VALOR UNIT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
447	SERV.	VIDEOLARINGOSCOPIA	60	R\$ 120,00	R\$ 7.200,00
448	SERV.	VIDEONASOLARINGOSCOPIA	60	R\$ 120,00	R\$ 7.200,00

<b>TOTAL ESTIMADO</b>	<b>R\$</b> <b>6.861.120,00</b>
-----------------------	-----------------------------------

**Algumas Considerações das prestações de serviços:**

A) Atendimento conforme a necessidade através de consultas de no mínimo 20 (vinte) minutos, podendo o Fundo Municipal de Saúde adaptar o número de atendimentos de acordo com parâmetros técnicos e série histórica.

B) As consultas ou os exames serão prestados no consultório dos credenciados ou nas clínicas médicas credenciadas situados no Município de São João do Oriente ou até 45 km do distrito-sede de São João do Oriente/MG.

C) Realizar exames agendados em pacientes do Município de São João do Oriente, que estejam previstos neste edital, podendo o Fundo Municipal de Saúde adaptar o número de exames de acordo com parâmetros técnicos e série histórica.

D) Dos valores a serem pagos serão descontados IR- Imposto de Renda e ISS- Imposto Sobre Serviços.

E) As despesas com alimentação, transporte, remuneração e impostos incidentes sobre os serviços, serão de responsabilidade dos médicos credenciados ou das clínicas credenciadas.

F) Permitir e facilitar à fiscalização ou supervisão do Município de São João do Oriente - Fundo Municipal de Saúde devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados.

G) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019**  
**INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO DE DESIMPEDIMENTO**

Declaramos, para fins previstos, que está proponente não incorre em qualquer dos impedimentos abaixo descritos:

- Não foi declarada inidônea por ato do Poder Público;
- Não se encontra sob processo de falência ou concordata;
- Não está impedida de transacionar com a Administração Pública ou com qualquer das suas entidades de Administração Indireta;
- Não foi apenada com rescisão de Termo que por deficiência dos serviços prestados quer por outro motivo igualmente grave, no transcorrer dos últimos 05 (cinco) anos;
- Não possui débitos com órgão da Administração Direta ou Indireta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201X.

---

*Assinatura e carimbo do representante legal*



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019**  
**INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO**

Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação (Nome da empresa), \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que até a presente data, inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201X.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso e número da identidade do declarante



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º, INC. XXXIII, DA CF**

(Nome da empresa), \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_,

declara, sob as penas da lei, que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, nos termos do inciso V do artigo 27 da Lei 8.666/93.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201X.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso e número da identidade do declarante



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019**  
**INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXOVI**

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS CLÁUSULAS DO EDITAL**

D E C L A R A Ç Ã O

(Nome da empresa) \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, declara que tomou conhecimento de todas as informações e que concorda com todas as condições estabelecidas no Presente edital.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201X.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso e número da identidade do declarante



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A PREFEITURA  
MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ORIENTE**

(Nome da empresa) \_\_\_\_\_,  
CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que não possui entre seus  
sócios e nem em seu quadro de funcionários pessoas com qualquer vínculo empregatício  
com o Município de SÃO JOÃO DO ORIENTE.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201X.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso e número da identidade do declarante



**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 013/2019  
INEXIGIBILIDADE Nº 002/2019**

**ANEXO VIII**

**MODELO DE OFERTA DE SERVIÇOS INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

**Ilmo. Senhor Presidente da Comissão Permanente de Licitações**

A empresa/Senhor(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/CNPJ sob o n.º \_\_\_\_\_, estabelecido na Cidade de \_\_\_\_\_, Rua \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Fone: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no Credenciamento, objetivando a prestação de serviço de médico plantonistas, consultas médicas especializadas e exames, em conformidade com as condições estabelecidas neste Edital de Inexigibilidade / Credenciamento n.º 002/2019, que deverão ser prestados em instalações do Contratado ou do Contratante Credenciado.

**UNIDADES DE ATENDIMENTO DISPONÍVEIS COM ENDEREÇO:**

---

---

---

---

---

**DADOS BANCÁRIOS**

**NOME DO BANCO:  
NÚMERO DA AGÊNCIA  
BANCÁRIA NÚMERO DA CONTA  
CORRENTE**

**PLANILHA DE SERVIÇOS OFERTADOS:**

ITEM	UNID	ESPECIFICAÇÃO/PROCEDIMENTO	QUANTIDADE PREVISTA	VALOR UNIT. R\$	VALOR TOTAL R\$

**ASSINATURA DO PROPONENTE**