

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2025

CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBAÍBA

OBJETO: Credenciamento de clínicas médicas, hospitais, e demais pessoas jurídicas para área da saúde para procedimentos Hospitalares, para o Município de Corumbáiba.

DATA DA SESSÃO DE ABERTURA DE ENVELOPES: 23 de abril de 2025, às 08:00 hs, no Departamento de Licitações e Contratos

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA
Nº 002/2025
Sistema de Credenciamento
Processo Administrativo nº 1234/2025**

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBAÍBA, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Dr. Pedro Ludovico, s/nº, Centro, Corumbáiba/GO, inscrito no CNPJ sob o nº 11.170.888/0001-27, por intermédio da Agente de Contratação, usando a competência atribuída pelo Decreto Municipal nº 52/2025, torna público para o conhecimento dos interessados que fará realizar licitação na modalidade CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2025 – Sistema de Credenciamento para contratação paralela e não excludente, objetivando o credenciamento de especialidades médicas e de exames, conforme discriminações descritas no Termo de Referência, anexos deste edital.

O presente certame reger-se-á pela Lei Federal nº. 14.133, de 01 de abril de 2021, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, Decreto Municipal



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

O caderno de licitações, composto de EDITAL e ANEXOS, poderá ser adquirido através do site oficial do Município www.corumbaiba.go.gov.br. Quaisquer informações adicionais poderão ser obtidas através do e-mail do Departamento de Licitações: licitacaopmcorumbaiba@gmail.com

DO OBJETO E DEFINIÇÕES

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBAÍBA, responsável pelo Sistema Único de Saúde do Município de CORUMBAÍBA, com base no Artigo 199 da Constituição Federal, na Lei 8.080/1990 e alterações, Lei nº 14.133/2021 e alterações, e Portaria Consolidação nº 1, Art 128 ao 229 do Ministério da Saúde e demais legislações vigentes, CONVOCA todos as clínicas e hospitais privados na Área de Saúde, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde, que tenham interesse em prestarem atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, em procedimentos Ambulatoriais de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Hospitalares e Odontológicos a apresentarem suas propostas nos termos do presente Edital de Chamamento.

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. Os Prestadores vinculados ou não ao SUS deverão entregar envelope contendo a documentação, bem como a identificação dos serviços a serem ofertados, nos termos do exigido no presente Edital, no Departamento de Licitações e Contratos da Prefeitura Municipal de Corumbáiba/GO, **a partir do dia 16 de março de 2025, às 08:00 horas.**

1.2. O presente Edital terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado pelo prazo estabelecido na Lei nº 14.133/2021, podendo ser contratados novos estabelecimentos, na vigência deste, desde que obedecidas às exigências estabelecidas no mesmo, conforme necessidade e disponibilidade orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba.

2. DA NATUREZA E DEFINIÇÃO DO OBJETO

2.1. Este Edital de Chamada Pública destina-se a contratação de prestadores de serviços e clínicas de assistência à saúde, que tenham interesse em prestarem atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, para procedimentos Hospitalares, Odontológicos e Ambulatoriais de Apoio, Diagnóstico e Terapêuticos, por meio do credenciamento de estabelecimentos de saúde (Pessoa Jurídica) mediante a apresentação da documentação solicitada e respectiva aprovação por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

2.2. Os serviços a serem contratados deverão respeitar a capacidade instalada do contratado, incluindo seus equipamentos, espaço físico e recursos humanos, os quais poderão ser empregados para atender usuários não SUS, desde que garantidos os ofertados à Contratante.

2.3. Os Contratados prestarão seus serviços referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde, Programação Pactuada Integrada – PPI e Plano Diretor Regional – PDR e os ofertarão conforme critérios de regulação do sistema de saúde do Município de Corumbáiba.

3. DA PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar do presente Edital na condição de proponente, pessoas jurídicas, instituições privadas sem e com fins lucrativos, desde que cumpram os requisitos fixados na legislação vigente, a saber: Lei nº 14.133/2021 e Portaria de Consolidação nº 01/2017, regularmente estabelecidas, que sejam nacionais e que atendam a todas as exigências do presente Edital.

3.2. Não será admitida neste Edital a participação de empresas:



- 3.2.1. Concorratórias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- 3.2.2. Que estejam com o direito de licitar e contratar com administração suspenso, ou que sejam declaradas inidôneas;
- 3.2.3. Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que sejam sua forma de constituição;
- 3.2.4. Que tenham em seu quadro societário e/ou como administrador, dirigente ou gerente que ocupe cargo, emprego e função público municipal, conforme previsto no artigo 9º, parágrafo 1º, da Lei nº 14.133/2021.

4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Os serviços constantes deste Edital serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se a necessidade e a disponibilidade de recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba.

5. DOS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

5.1. Considerando a limitação da Rede Municipal de Assistência, a Administração pretende a contratação dos serviços constantes na Tabela 002/2025, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Corumbáiba. Todos os procedimentos de caráter eletivo e de urgência somente serão realizados mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba.

6. DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE ATENDIMENTO

6.1. Os serviços ofertados pelo PRESTADOR deverão atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde que encaminhará os usuários do SUS, em consonância com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Ficha de Programação Orçamentária – FPO; conforme abaixo:

6.1.1. Serviços Ambulatoriais:

6.1.1.1. Consultas e demais atendimentos ambulatoriais, por especialidade com realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, incluindo os de rotina, urgência ou emergência.

6.1.1.2. Todos os serviços ofertados serão disponibilizados a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Sistema Tecnológico disponibilizado pela Secretaria.

6.1.1.3. Os serviços ofertados pelos prestadores nas unidades próprias e deverão conter todos os equipamentos e insumos necessários para o completo atendimento aos usuários do SUS.

6.1.1.4. O Prestador se submeterá às normas vigentes da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, bem como outras que vierem a serem editadas, quanto ao fluxo, realização e comprovação dos atendimentos, revisão das cotas ambulatoriais e outros procedimentos necessários, visando garantir o bom atendimento aos usuários do SUS.

6.1.2. Serviços de Internação

6.1.2.1. Os leitos hospitalares ofertados pelos prestadores deverão estar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde, não podendo o prestador ocupar leito destinado a assistência de pacientes SUS para outra finalidade;

6.1.2.2. Os hospitais deverão manter atualizado os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, de acordo com cronograma do Ministério da Saúde;

6.1.2.3. Ao ofertar leitos clínicos e cirúrgicos, o hospital definirá a quantidade de leitos clínicos por especialidade e cirúrgicos dentro das especialidades e subespecialidades, estabelecendo quantitativo a ser ofertado para os mesmos;

6.1.2.4. As internações eletivas e de urgência deverão obedecer ao fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba, devendo se submeter às normas vigentes da mesma e do Ministério da Saúde, bem como outras que vierem a serem editadas, com o fito de garantir o encaminhamento aos



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

serviços complementares necessários dos pacientes internados sob sua responsabilidade.

6.1.2.5. No caso de internação, os futuros contratados deverão obrigar-se a prestar os serviços abaixo relacionados, desde que necessários:

- I. Assistência médica permanente;
- II. Exames complementares, radiológicos e laboratoriais em geral e terapêuticos;
- III. Sala cirúrgica equipada com material e instrumental necessário ao ato cirúrgico;
- IV. Internação em enfermarias;
- V. Toda medicação prescrita pelos profissionais;
- VI. Serviços de Enfermagem;
- VII. Alimentação, inclusive dietas especiais, quando prescritas;
- VIII. Material consumido durante a internação hospitalar, durante atendimentos emergenciais e ambulatoriais;
- IX. Sangue e Hemoderivados;
- X. Procedimentos especiais como hemodiálise, fisioterapia, endoscopia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessário ao adequado atendimento do paciente.

§ 1º. Os pacientes serão assistidos pelo corpo clínico/cirúrgico especializado da CONTRATADA. A assistência aos usuários será efetuada de acordo com as instruções fornecidas expressamente pela Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde.

6.1.2.6. Em relação à internação em enfermaria e ao acompanhamento do paciente, serão cumpridas as normas vigentes da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, bem como outras que vierem a serem editadas no transcorrer do contrato.

6.1.2.7. A Unidade Hospitalar Contratada poderá realizar dois tipos de internação:

I. Internação Eletiva: A internação eletiva somente será efetuada pelo prestador, obrigatoriamente mediante encaminhamento e autorização prévia do Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba, com a apresentação do laudo médico, devidamente autorizado por profissional designado pela Secretaria Municipal de Saúde, devendo o procedimento ser realizado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir do recebimento do laudo autorizado.

II. Internação de Urgência: A internação de urgência deverá ser realizada mediante comunicação imediata e autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba.

6.1.2.8. O prestador se submeterá às normas vigentes e futuras definidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde quanto ao fluxo, realização e comprovação dos atendimentos, realização de internações subsequentes, revisão dos leitos ofertados e outros procedimentos necessários, visando garantir o bom atendimento aos usuários do SUS.

6.1.2.9. Será exigida das unidades hospitalares que disponham de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, próprios ou terceirizados, durante a internação do paciente, dentro de seu perfil assistencial e complexidade.

6.1.2.10. Nos casos em que algum dos serviços mencionados no item anterior for terceirizado, deverá ser apresentado o contrato entre o prestador de serviços e o serviço terceirizado, assim como sua respectiva informação no CNES;

6.1.2.11. Os hospitais deverão manter atualizado os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

6.1.2.12. As Unidades Hospitalares deverão atender todos os requisitos técnicos mínimos exigidos pelas normas sanitárias vigentes, normas dos conselhos das categorias, bem como as normas editadas pelo Ministério da Saúde, a qualquer tempo que venham a ser editadas.

6.2. A Assistência Técnico-Profissional e Hospitalar consiste em fornecimento e utilização:

- I. De todos os recursos técnicos existentes, que deverão estar disponíveis para diagnóstico de média e alta complexidade e tratamento necessário ao atendimento dos usuários do SUS;
- II. Sala de cirurgia, de material, serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas;



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

- III. Medicamentos e outros materiais, sangue e hemoderivados, de acordo com prescrição profissional;
- IV. Serviço de enfermagem;
- V. Serviços gerais;
- VI. Roupa hospitalar, inclusive ao paciente;
- VII. Alimentação com observância das dietas prescritas, inclusive alimentação enteral e parenteral;
- VIII. Procedimentos especiais como hemodiálise, fisioterapia, endoscopia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, e outros que se fizerem necessário ao adequado atendimento do paciente;
- IX. A assistência às gestantes e recém-nascidos, que se realizará em consonância com as normas e diretrizes do SUS, no que tange ao fluxo e protocolo assistenciais.

6.3. Dos critérios de avaliação:

- 6.3.1. A Comissão de Contratação procederá na análise e julgamento da habilitação dos interessados;
- 6.3.2. Serão credenciadas apenas as instituições/pessoas físicas/jurídicas interessadas que se encontrem em situação regular e que atendam a todas as exigências contidas neste edital;
- 6.3.3. As vagas serão preenchidas segundo a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde;
- 6.3.4. A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela credenciadora;
- 6.3.5. Os julgamentos e demais decisões e/ou esclarecimentos proferidos pela Comissão de Contratação serão divulgados no site do Município de Corumbáiba - GO.

7. DO CREDENCIAMENTO

7.1. Os serviços a serem contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba serão feitos na forma de Contrato de Prestação de Serviços na modalidade “CREDENCIAMENTO” de pessoa jurídica e/ou física por meio do

processo administrativo aberto para atender as exigências contidas no presente Edital de Chamada Pública nº 002/2025, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais;

7.2. O credenciamento será realizado pela Comissão de Contratação, que receberá os envelopes contendo os documentos no Departamento de Licitações e Contratos, a partir do dia 16 de abril de 2025, das 8:00hs às 11:00hs e das 13:00hs às 17:00hs (segundo o horário normal de expediente da Sede da Prefeitura Municipal) até 31 de dezembro de 2025;

7.3. Em razão da diversidade de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde, a forma de prestação de serviços constará na minuta de Contrato de Prestação de Serviços na modalidade de “CREDENCIAMENTO” de pessoa jurídica/física, conforme Anexo X;

7.4. A minuta do Contrato de Credenciamento anexo a este Edital estabelece as normas gerais para todos os contratos, devendo respeitar as habilitações de cada prestador, conforme as normas legais e regulamentares que lhe forem peculiares;

7.5. A contratação dos prestadores interessados em prestar serviços ao Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba deverá atender integralmente ao presente Edital, nos itens que seguem por meio do contrato de prestação de serviços a ser firmado entre o município, por meio do Fundo Municipal de Saúde e o prestador que atender o referido Edital;

7.6. O envelope contendo a documentação e proposta deverá ser entregue na Prefeitura Municipal de Corumbáiba, no endereço e horários indicados neste edital.

8. DA ADESÃO AO CREDENCIAMENTO

8.1. As proponentes ao responderem ao Credenciamento, concordam integralmente com os termos deste Edital e seus Anexos e deverão apresentar junto à documentação exigida:

- a) Declaração de Veracidade das Informações e Concordância; (ANEXO VI).
- b) Minuta de ofício de solicitação de credenciamento/proposta. (ANEXO III).

9. OBSERVAÇÕES RELATIVAS AOS DOCUMENTOS



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

9.1. Os documentos apresentados deverão ser originais, cópias autenticadas em cartório ou pela Comissão de Contratação ou cópias simples acompanhadas dos originais, salvo os documentos cuja autenticidade poderá ser verificada na internet, que poderão ser cópias simples, caso em que a Comissão de Contratação, se entender necessário, poderá diligenciar na internet para averiguar a autenticidade dos mesmos;

9.2. Todas as declarações prestadas no presente credenciamento devem ser assinadas pela credenciada, pelo representante legal da credenciada ou por procurador legalmente constituído;

9.3. Não será causa de não credenciamento a mera irregularidade formal que não afete o conteúdo e a idoneidade do documento ou impeça o seu entendimento;

9.4. Os documentos apresentados deverão, obrigatoriamente, ser expressos na língua portuguesa ou traduzidos por tradutor juramentado;

9.5. Os documentos deverão ser entregues em envelope lacrado com cola e rubricado no lacre.

10. DO RECEBIMENTO DO ENVELOPE CONTENDO A DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTA

10.1. O envelope contendo toda a documentação exigida para a habilitação e respectiva proposta, deverá conter a descrição detalhada dos serviços a serem ofertados pelo prestador;

10.2. A proposta deverá estar de acordo com o Anexo III;

10.3. Toda documentação e proposta informando os serviços disponibilizados ao Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba será recebido pelo Departamento de Licitações e Contratos da Prefeitura Municipal, cuja Comissão de Contratação deverá promover a abertura de processo verificando a existência da documentação e conformidade das propostas com os requisitos estabelecidos neste Edital;

10.4. A proposta deverá ser apresentada facultativamente em papel timbrado do proponente, preferencialmente digitada em computador, sem emendas, ressalvas, rasuras ou entrelinhas em suas partes essenciais, redigida com clareza em língua portuguesa, salvo quanto a expressões técnicas de uso corrente, devidamente datadas e assinadas (sobre carimbo ou equivalente) pelo proponente ou seu representante legal;

10.5. A proposta deverá conter a especificação completa dos serviços ofertados, de forma detalhada em planilha de dados contendo nome do procedimento consignado na tabela unificada de Procedimentos do Ministério da Saúde, e a respectiva quantidade a ser ofertada mensalmente e demais informações que possibilitem a completa avaliação do(s) serviço(s) proposto(s), conforme Anexo III;

10.6. Os preços a serem pagos será o constante na Tabela 002/2025, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Corumbáiba;

10.7. O município adotará Tabela Diferenciada para complementar os valores de alguns procedimentos da Tabela Unificada de Procedimentos do Ministério da Saúde, mediante prévia apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

10.8. O município poderá proceder a revisão nos valores da Tabela Diferenciada a qualquer momento na vigência dos contratos oriundos deste Edital, bem como na inclusão ou exclusão de procedimentos da mesma, sempre mediante a prévia apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

10.9. No caso de haver revisão na Tabela Unificada de Procedimentos do Ministério da Saúde, bem como da Tabela Diferenciada adotada pelo município, será automaticamente repassado aos prestadores, com necessidade de celebração de Termo Aditivo.

11. DOS REQUISITOS DOCUMENTAIS PARA CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES

11.1. Para Credenciamento, a pessoa jurídica/física interessada deverá apresentar os documentos constantes no Anexo V.

11.2. Todos os documentos exigidos neste edital deverão estar com a data de validade em vigor na data de entrega da proposta.

12. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

12.1. Até 01 (um) dia útil após a publicação no placard e no site oficial do Município, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar este Edital, mediante petição por escrito, protocolada na Prefeitura Municipal de Corumbáiba, endereçada à respectiva Comissão de Contratação, que decidirá sobre as mesmas no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

12.2. Caso a impugnação seja acolhida, os esclarecimentos ou providências solicitadas que ensejarem alterações no Edital, será designada nova data para a entrega dos envelopes.

13. DA AUDITORIA

13.1. Após a fase de habilitação, as entidades/empresas/pessoas físicas que ainda não possuírem vínculo com o Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba, deverão passar por visita técnica pela equipe de Auditoria desta Secretaria com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços a serem prestados;

13.2. Somente após a emissão de parecer circunstanciado de auditoria favorável, esta Secretaria celebrará o contrato com novo prestador, podendo o mesmo ser rescindido conforme manifestação contrária da equipe de auditoria desta Secretaria, respeitado o direito da ampla defesa e do contraditório.

14. DA CONTRATAÇÃO

14.1. A contratação será efetivada mediante o atendimento do disposto no Edital e às Legislações e Portarias vigentes, pertinentes à matéria;

14.2. As normas, formas para a contratação, estimativa dos valores a serem pagos pelos serviços prestados e fonte dos recursos financeiros, estão definidas na minuta do Contrato de Prestação de Serviços em anexo, a ser firmado entre as partes, mediante inexigibilidade de licitação;

14.3. O contrato deverá ser assinado pela empresa/pessoa credenciada, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da comunicação formal, podendo ser prorrogado em conformidade com o disposto no artigo 90, § 1º, da Lei 14.133/2021;

14.4. Em caso de alteração do valor previsto na Resolução nº 1.825-GM, de 24/08/2012, do Ministério da Saúde ou na Tabela 002/2025 do Conselho Municipal de Saúde, o reajuste será formalizado mediante a celebração de Termo Aditivo ao Termo de Credenciamento;

14.5. A empresa ou pessoa física que se recusar a assinar ou não aceitar o contrato no prazo e condições estabelecidas neste Edital, sem nenhum motivo relevante, ficará sujeita à aplicação das penalidades, nos termos do artigo 90, § 5º, da Lei 14.133/2021;

14.6. Expirado o prazo fixado acima, a Secretaria Municipal de Saúde poderá revogar o procedimento de contratação;

14.7. Os prestadores de serviços atualmente vinculados ao Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba e os novos prestadores, deverão aderir às condições estabelecidas neste Edital e cujas condições de oferta permaneçam inalteradas, onde passarão os últimos por auditoria após assinatura do contrato, podendo o mesmo ser rescindido conforme manifestação contrária da equipe de auditoria desta Secretaria, respeitado o direito da ampla defesa e do contraditório.

15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1. A empresa/pessoa contratada assumirá de forma integral as obrigações aqui elencadas, sem prejuízo de outras que venham a ser instituídas por força de lei ou por portarias do Ministério da Saúde:

I. Realizar os serviços especificados, de acordo com a programação contida no Edital;

II. Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste termo serão de exclusiva responsabilidade da Contratada;

III. Assumir integralmente a responsabilidade pela boa execução dos serviços, assim como pelo cumprimento dos elementos constantes do processo;

IV. A(s) empresa (s) contratada(s) para prestação de serviços nas unidades próprias do município deverão fornecer todos os equipamentos, em forma de comodato, para a execução integral dos serviços bem como



de todos os insumos necessários;

V. Garantir o acesso dos pacientes aos serviços contratados, sendo estes atendidos com gratuidade, conforto, dignidade e respeito para si, e seus acompanhantes;

VI. Informar, diariamente e em tempo real, o número de leitos hospitalares disponíveis, a fim de que sejam mantidas atualizadas as informações no Complexo Regulador e nas ferramentas de transparência ofertadas pela SMS em portal eletrônico;

VII. Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

VIII. Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

IX. Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

X. Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Caso ocorra alguma alteração de CNES, tal alteração deverá ser requerida imediatamente, com preenchimento das Ficha de Alteração Cadastral a ser apresentada na Gerência de Auditoria ou CNES conforme Procedimento Operacional Padrão- POP do CNES;

XI. Apresentação das certidões de regularidade fiscal relativa aos débitos para com as Fazendas Públicas Federal, Estaduais e Municipais, FGTS e INSS e Trabalhista;

XII. Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria – SNA, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado e no prazo concedido pela área técnica, podendo ser matéria de penalidades previstas em lei o descumprimento do prazo concedido sem que se apresente justificativa.

16. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

I. Efetuar o pagamento até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar os recursos na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS e SIA/SUS no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

II. Serão pagos os serviços efetivamente prestados, sendo os valores unitários de cada procedimento determinado, conforme Tabela do SUS em vigor, editada pelo Ministério da Saúde e Tabela Diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Corumbáiba;

III. Vistoriar, periodicamente, as instalações do prestador, visando verificar a manutenção das condições satisfatórias constatadas por ocasião da contratação;

IV. Supervisionar e fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS/PENALIDADES

17.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto do Contrato de Prestação de Serviços a ser firmado entre as partes ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à empresa contratada em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal 14.133/2021, ou seja:

I. Advertência;

II. Multa, correspondente de 2% até 5% dos valores do contrato, utilizando-se como parâmetro a série histórica dos últimos seis meses, pago ao Contratado, podendo ser descontado na fatura apresentada no mês subsequente;

III. Suspensão temporária de contratar com o Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba;

IV. Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria Autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a contratada ressarcir a Administração por prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior;

17.2. As sanções de “Advertência”, “Impedimento de licitar e contratar” e “Declaração de Inidoneidade”,



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

poderão ser aplicadas conjuntamente com sanção de “Multa”, conforme Artigo 156, § 7º, da Lei 14.133/2021.

17.3. A contratada que entregar o objeto ou executar o serviço contratado de forma integral, porém com atraso injustificado em relação aos prazos fixados no contrato ou no instrumento convocatório será aplicado multa de mora de 0,5% (cinco décimos percentuais) ao dia, cumuláveis até o 15º (décimo quinto) dia de atraso, a ser calculado sobre o valor da parcela entregue ou executada em desconformidade com o prazo previsto no contrato, podendo ser aplicada cumulativamente com as demais sanções previstas neste Edital.

1. Ultrapassado o prazo máximo previsto no subitem anterior, pela inexecução parcial do objeto do contrato será aplicado multa percentual de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da prestação não cumprida nos seguintes percentuais:

2. do 16º ao 20º dia, multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor da prestação não cumprida;

3. do 21º ao 25º dia, multa compensatória de 15% (quinze por cento) sobre o valor da prestação não cumprida;

4. 26º ao 30º dia, multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor da prestação não cumprida.

17.4. Considera-se inexecução parcial o atraso injustificado superior a 15 (quinze) dias e até 30 (trinta) dias no cumprimento do prazo estabelecido em contrato para a entrega de bens ou execução de serviços;

17.5. Considera-se inexecução total o atraso injustificado superior a 30 (trinta) dias no cumprimento do prazo estabelecido em contrato para a entrega de bens ou execução de serviços;

17.6. A inexecução total do objeto implicará a aplicação de multa compensatória no percentual de 30% (trinta por cento), a ser calculada sobre o valor total do contrato;

17.7. A declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública durará enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos causados.

18. DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

18.1. Constituem motivos de rescisão do Contrato de Credenciamento:

I. O não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;

II. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;

III. A lentidão no cumprimento do contrato, levando o Contratante, a comprovar a impossibilidade do fornecimento dos serviços ofertados;

IV. O atraso injustificado no início do serviço;

V. A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

VI. A subcontratação total ou parcial do objeto, associação da contratada com outrem, a cessão ou transferência total ou parcial das obrigações contraídas, bem como a fusão, cisão ou incorporação da Contratada que afetem a boa execução do contrato, sem prévio conhecimento e expressa autorização do Contratante;

VII. O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;

VIII. A decretação de falência ou instauração de insolvência civil;

IX. A dissolução da sociedade ou o falecimento do contratado;

X. O cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas em registro próprio, pelo representante do Contratante designado para o acompanhamento e fiscalização do contrato;

XI. A alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da Contratada, que prejudique a execução do Contrato;

XII. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

pela máxima autoridade da esfera administrativa do Contratante e exaradas no processo administrativo que se referir o contrato;

XIII. a suspensão de sua execução, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, ou ainda por repetidas suspensões que totalizem o mesmo prazo, independentemente do pagamento obrigatório de indenizações pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas, assegurado ao contratado, nesses casos, o direito de optar pela suspensão do cumprimento das obrigações assumidas até que seja normalizada a situação;

XIV. O atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela Administração decorrentes dos serviços ou parcelas destes, já executados, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado ao contratado o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que se normalize a situação;

XV. A ocorrência de caso fortuito ou força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato;

XVI. Descumprimento do disposto do Artigo 68, inciso VI da Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo das sanções penais cabíveis;

18.2. A extinção dos contratos dar-se-á na forma dos artigos 137 a 139 da Lei nº 14.133/2021.

19. DO PAGAMENTO

19.1. Efetuar o pagamento até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar os recursos na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS e SIA/SUS no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

19.2. Serão pagos os serviços efetivamente prestados, sendo os valores unitários de cada procedimento determinado, conforme Tabela do SUS em vigor, editada pelo Ministério da Saúde e Tabela Diferenciada (002/2025) aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Corumbáiba;

19.3. As atualizações da Tabela do SUS e da Tabela Diferenciada, servirão como referência para atualização de valores do contrato, segundo sua natureza jurídica, previstos no artigo 26 da Lei nº 8.080/90 e alterações posteriores, visando garantir o equilíbrio econômico financeiro, mediante Termo Unilateral de Apostilamento;

19.4. Os recursos oriundos para tais despesas são oriundos do Fundo Nacional de Saúde. Os pagamentos somente serão realizados após a transferência dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba;

19.5. Do valor mensal estimado, 20% (vinte por cento) corresponde ao pagamento de adicional de insalubridade;

19.6. É vedado às Unidades Hospitalares efetuar Cessão de Créditos diretamente a seus terceiros (Pessoa Física, Laboratórios, Bancos de Sangue, Clínicas e Fornecedores de Órtese e Próteses) por serviços prestados durante a Internação Hospitalar.

20. DO PRAZO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

20.1. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos do disposto no artigo 107 da Lei nº 14.133/2021, mediante Termo Aditivo, de acordo com o interesse entre as partes.

20.2. O(s) serviço(s) a ser (em) executado(s) pelas empresas(s) credenciadas estará (ao) sujeito(s) à aceitação pelo Contratante, ao qual caberá o direito de recusar, caso o mesmo não esteja de acordo com o especificado no Edital, ou em virtude da indisponibilidade financeira e/ou orçamentária necessidade do serviço.

21. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

21.1. O Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba reservará dotação orçamentária própria para a



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

execução de cada uma das obrigações contratuais que forem assumidas.

22. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. A contratada, ao aceitar participar do Edital de Chamada Pública, implicará no total, integral e irretratável aceitação dos termos deste, e seus anexos, bem como a observância dos regulamentos administrativos;

22.2. O Edital e seus Anexos, bem como a proposta da empresa/pessoa física, farão parte integrante do contrato e/ou outro documento equivalente, independente de transcrição;

22.3. As normas que disciplinarão o Edital serão sempre interpretadas em favor do interesse público, sem comprometimento da segurança do futuro contrato;

22.4. Aos casos omissos aplicar-se-á as demais disposições da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações e demais legislações pertinentes;

22.5. Os proponentes serão responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase do Credenciamento;

22.6. A publicação do resultado com a relação dos participantes desta Chamada Pública não importará em direito à contratação;

22.7. No caso de ausência da solicitação pressupõe-se que os elementos constantes deste ato convocatório são suficientes, claros e precisos, não cabendo, portanto, posteriormente qualquer reclamação;

22.8. São anexos deste Edital:

I - Termo de Referência;

II - Minuta de Ofício de Solicitação de Credenciamento/Proposta;

III – Tabela Referencial 002/2025, do Conselho Municipal de Saúde;

IV - Declaração de inexistência de fator impeditivo de contratar com a administração pública;

V - Declaração de Veracidade das Informações e Concordância;

VI - Declaração de Não Exercício de Cargo/Emprego/Função Pública;

VII - Declaração de cumprimento do disposto no Inciso XXXIII, do Art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Anexo IV);

VIII – Justificativa de preços;

IX - Minuta de Contrato.

Corumbáiba/GO, aos 11 de abril de 2025.

Tânia Aparecida dos Santos
Agente de Contratação



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

(Processo Administrativo nº 1234/2025)

1. DO OBJETO

Credenciamento de clínicas médicas, hospitais, e demais pessoas jurídicas para área da saúde para procedimentos Hospitalares, para atendimento das necessidades de saúde da população do município de Corumbáiba, de forma complementar, conforme especificações neste termo.

2. DO DETALHAMENTO DO OBJETO

Todos procedimentos contidos na Tabela de Procedimentos anexa deverão ser ofertados conforme a demanda de procedimentos necessários para a prestação de serviços à saúde integral dos usuários do SUS, conforme a demanda da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba. As estimativas das quantidades a serem contratadas foram baseadas na média dos procedimentos realizados nos últimos 12 meses pelo município e acrescidos de 20 % (vinte por cento).

3. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO Considerando a Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, que dispõe:

Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

(...)

“Art. 128. Este Capítulo dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).”

(...)

“Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.”

Dessa forma, a contratação visa a manutenção da oferta de serviços médicos hospitalares, e de apoio e diagnóstico, considerando que a rede própria não possui todos os serviços necessários para a assistência integral ao usuário do SUS, sendo de fundamental importância a contratação complementar de prestadores de serviços para a execução da oferta no cuidado de saúde da população do município.

A contratação pretendida encontra amparo no planejamento de contratações do órgão, já que ocorrem todos os anos, sendo a quantificação vinculada a média utilizada nos últimos anos, assim como a qualificação dos itens a serem adquiridos. Nesse sentido, como o Plano Anual de Contratações ainda não foi formalizado se utilizará o histórico das aquisições nos últimos 12 meses, com aumento da demanda em até 20%, para fins de reserva.

4. DO FUNDAMENTO LEGAL



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

O credenciamento acontecerá fundamentado no artigo 79, inciso II da Lei Federal nº 14.133/2021.

O procedimento para o credenciamento terá como fundamento o Decreto nº 11.878, de 09 de janeiro de 2024 que dispõe sobre o procedimento auxiliar de credenciamento para a contratação de bens e serviços, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

5. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços ofertados pelo prestador deverão atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde que encaminhará os usuários do SUS, em consonância com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) conforme tabela abaixo;

Tabela 002/2025: Tabela de valores de procedimentos clínicos e cirúrgicos para credenciamento de prestadores de serviços.

MAMOGRAFIA	
EXAME	VALOR
MAMOGRAFIA	R\$ 90,00

PROCEDIMENTO OBSTÉTRICOS	
PROCEDIMENTO	VALOR
PARTO CESARIA	R\$ 3.850,00
PARTO CESARIA + LAQUEADURA	R\$ 4.500,00
PARTO NORMAL	R\$ 2.950,00
CURETAGEM	R\$ 1.000,00
CERCLAGEM ULTERINA	R\$ 1.200,00
LAQUEADURA	R\$ 6.900,00
CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA HPV+3 RETORNOS	R\$ 1.500,00
CURETAGEM PÓS ABORTO	R\$ 2.800,00
IMPLANTE DIU HORMONAL -(PACIENTE TEM QUE TRAZER DIU) TRAZER DIU	R\$ 2.000,00
PERINEOPLASTIA	R\$ 4.500,00
HISTERECTOMIA TOTAL HOSPITAL + ANESTESISTA + CIRURGIAO	R\$ 4.500,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS UROLOGIA	
PROCEDIMENTO	VALOR
CALCULO FLEXIVEL	R\$ 10.200,00
CALCULO SEMI RIGIDO	R\$ 8.000,00
CISTOLITOTRIPSIA ENDOSCOPICA	R\$ 8.900,00
EXERESE DE CISTO RENAL	R\$ 9.900,00
HIDROCELE	R\$ 3.100,00
HIDROCELE BILATERAL	R\$ 5.000,00
HIDROCELE UNILATERAL	R\$ 4.000,00
NEFRECTOMIA ABERTA UNILATERAL	R\$ 11.500,00

NEFROUTOTRIPSIA COM DUPLO J CATETER+RETIRADA FUTURA	R\$ 16.000,00
POSTECTOMIA	R\$ 2.400,00
PROSTATECTOMIA OU RTU	R\$ 13.000,00
RETIRADA DUPLO J	R\$ 790,00
RETIRADA DUPLO J COM ANESTESIA	R\$ 3.500,00
RTU	R\$ 7.300,00
TTO CIRURGIO DE HIPOSPADIA COM CHORDEE	R\$ 11.900,00
URETERORRENO FLEXIVEL OU RIGIDA COM CATETER	R\$ 13.000,00
VARICOCELE	R\$ 3.100,00
VASECTOMIA	R\$ 2.100,00
VASECTOMIA COM ANESTESIA HOSPITAL+ANESTESISTA+CIRURGIAO	R\$ 2.500,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ESPECIALISADO	
PROCEDIMENTO	VALOR
CATARATA UNILATERAL	R\$ 2.100,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL	
PROCEDIMENTO	VALOR
APENDICECTOMIA	R\$3.500,00
BARIATRICA	R\$26.500,00
COLECISTECTOMIA	R\$ 4.023,00
COLPOPERINOPLASTIA ANTERIO E POSTERIO	R\$ 3.570,25
CVL - POR VIDEO	R\$ 9.900,00
EXCERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 2.911,50
FISSORECTOMIA ANAL	R\$ 3.235,00
HEMORROIDECTOMIA	R\$3.458,50
HERNIA DE HIATO + REFLUXO	R\$12.500,00
HERNIA INGUINAL BILATERAL - ABERTA	R\$ 6.700,00
HERNIA INGUINAL BILATERAL - POR VIDEO	R\$ 8.000,00
HERNIA UMBILICAL - ABERTA	R\$ 6.500,00
HERNIA UMBILICAL - POR VIDEO	R\$ 10.200,00
HERNIORRAFIA COM TELA	R\$ 3.017,25
HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 3.576,00
HERNIORRAFIA INCISIONAL/INGNAL/CRURAL	R\$ 3.235,00
RESSECÇÃO TUMOR DE PELE SIMPLES	R\$ 4.100,00
REVERSÃO DE COLONOSTOMIA/ COLOSTOMIA	R\$ 18.000,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - ORTOPEDIA	
PROCEDIMENTO	VALOR
CIRURGIA DE ANTEBRACO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE CLAVÍCULA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE JOELHO-VÍDEO ARTROSCOPIA (MENISCO E LIGAMENTO) PARAFUSO INTERFERENCIA +LAMINA SHVER+TORRE ARTROSCOPIA	R\$ 10.000,00
CIRURGIA DE MÃO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.000,00
CIRURGIA DE OMBRO- VIDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 1 ANCORA+TORRE+LAMINA	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE OMBRO-VÍDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 2 ANCORAS+TORRE+LAMINA	R\$ 10.200,00
CIRURGIA DE OMBRO- VIDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 3 ANCORAS+TORRE+LAMINA	R\$ 10.800,00
CIRURGIA DE PATELA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
3'CIRURGIA DE PÉ COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE PERNA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE PUNHO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE TORNOZELO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE ÚMERO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL- PRIMARIA	R\$ 27.000,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO-PRIMARIA	R\$ 27.000,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE OMBRO-PRIMARIA	R\$ 27.000,00
CIRURGIA DE FEMUR PARA PLACA PARAFUSOS OU HASTES	R\$ 13.000,00
CIRURGIA DE FRATURAS DO ANEL PELVICO/ACETABULO	R\$ 16.000,00
LESAO TENDAO AQUILES OU TENDAO PATELAR OU QUARICEPTAL	R\$ 10.500,00
AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NIVEL DE PERNA	R\$ 10.000,00
AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NIVEL DE COXA	R\$ 12.000,00
VARIZES BIALTERAL	R\$10.500,00
VARIZES UNILATERAL	R\$ 7.940,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - OTORRINO	
PROCEDIMENTO	VALOR
ADENOAMIGDALECTOMIA OU AMIGDALECTOMIA	R\$ 9.200,00
SEPTOPLASTIA	R\$ 9.500,00



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolivar, Nº 58 - Centro

TAXAS DE SERVIÇOS	
DESCRIÇÃO	VALOR
AR COMPRIMIDO - HORA	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO ARTICULAR, PLEURAL, ABDOMINAL	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO SUBCLÁVIA	R\$ 27,83
BERÇÁRIO NORMAL	R\$ 78,43
BERÇÁRIO PATOLÓGICO/PREMATURO	R\$ 185,96
BIOMETRIA	R\$ 65,00
BIÓPSIA DE PRÓSTATA INCLUSO ANESTESIA	R\$ 990,00
BISTURI ELÉTRICO	R\$ 22,77
CAFÉ DA MANHÃ PARA ACOMPANHANTES	R\$ 7,59
CAMPIMETRO	R\$ 50,60
CARDIOTACÓGRAFO	R\$ 15,18
COLONOSCOPIA	R\$ 760,00
COLONOSCÓPIO	R\$ 63,25
CRIO CAUTÉRIO P/ CATARATA	R\$ 25,30
CRIO CAUTÉRIO P/ RETINA	R\$ 37,95
CURATIVO ESPECIAL	R\$ 63,25
CURATIVO ESPECIAL (MÉDIO)	R\$ 27,83
CURATIVO GRANDE	R\$ 44,28
CURATIVO MÉDIO	R\$ 31,63
CURATIVO PEQUENO	R\$ 25,30
DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 180,00
DERMATOMO GÁS	R\$ 40,48
DESFIBRILADOR (FORA DA UTI E SALA DE EMERGÊNCIA)	R\$ 63,25
DOPPLER CAROTIDAS	R\$ 210,00
DUPLEX SCAN DE MEMBROS (VALOR POR MEMBRO)	R\$ 210,00
ECOCARDIOGRAMA STRESS	R\$ 410,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA	R\$ 190,00
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 60,00
ELETROENCEFALOGRAMA PROLONGADO 1 HORA	R\$ 250,00
ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 250,00
ELETROENCEFALOGRAMA SONO OU VIGILIA	R\$ 180,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E.D.A	R\$ 360,00
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO CIRÚRGICO	R\$ 75,90
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO DIAGNÓSTICO	R\$ 63,25
ENDOSCÓPIO GINECOLÓGICO P/ EXAME	R\$ 101,20
ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO P/ CIRURGIA	R\$ 303,60
ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO P/ EXAME	R\$ 63,25
ENDOSCÓPIO UROLÓGICO CIRÚRGICO	R\$ 303,60
ENDOSCÓPIO UROLÓGICO DIAGNÓSTICO	R\$ 101,20
ENEMA OPACO C/ BOLSA COLOSTOMIA	R\$ 590,00
ENEMA OPACO SEM BOLSA	R\$ 550,00

ENFERMARIA	R\$ 236,56
FACOEMULSIFICADOR	R\$ 632,50
FACOFRAGMENTADOR	R\$ 632,50
GÁS CARBÔNICO - HORA	R\$ 0,13
HEMODINÂMICA	R\$ 379,50
HOLTER 24H	R\$ 150,00
HOSPITAL/DIA ENFERMARIA	R\$ 139,15
INALAÇÃO SIMPLES	R\$ 12,65
INTENSIFICADOR DE IMAGEM GRANDE	R\$ 189,75
INTENSIFICADOR DE IMAGEM MÉDIO	R\$ 189,75
INTENSIFICADOR IMAGEM	R\$ 189,73
IONIZADOR	R\$ 2,53
LASER	R\$ 177,10
LAVAGEM GÁSTRICA	R\$ 27,83
LAVAGEM INTESTINAL	R\$ 27,83
MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	R\$ 150,00
MAPA 24H	R\$ 150,00
MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 25,00
MARCA PASSO EXTERNO (TEMPORÁRIO)	R\$ 139,15
MIC	R\$ 105,00
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 202,40
MICROSCÓPIO OFTÁLMICO	R\$ 202,40
ÓXIDO NITROSO (PROTOXIDO DE AZOTO) - LITRO	R\$ 0,20
OXIGENIO - HORA	R\$ 27,83
PAQUÍMETRO	R\$ 45,00
RAIO X - SALA CIRÚRGICA	R\$ 37,95
REED-ESTOMAGO,ESÔFAGO E DUODENO	R\$ 400,00
REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE	R\$ 18,98
RESPIRADOR DE VOLUME	R\$ 12,65
RETINÓGRAFO	R\$ 50,60
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 360,00
SALA COLONOSCOPIA	R\$ 41,75
SALA DE ENDOSCOPIA	R\$ 41,75
SALA DE GESSO	R\$ 44,28
SALA FIBRO-NASO	R\$ 41,75
TAXA BOX/HORA	R\$ 6,33
TAXA DE CURATIVO	R\$ 37,95
TAXA DE OBSERVAÇÃO (ATÉ 12 HORAS)	R\$ 17,71
TAXA DOCUMENTAÇÃO INTERNA	R\$ 46,81
TAXA SALA PORTE 0	R\$ 97,41
TAXA SALA PORTE 1	R\$ 222,64
TAXA SALA PORTE 2	R\$ 335,23
TAXA SALA PORTE 3	R\$ 442,75
TAXA SALA PORTE 4	R\$ 562,93

TAXA SALA PORTE 5	R\$ 670,45
TAXA SALA PORTE 6	R\$ 784,30
TAXA SALA PORTE 7	R\$ 898,15
TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
TILT TEST	R\$ 550,00
TOPOGRAFIA	R\$ 60,00
TX BOX/HORA	R\$ 6,33
URETROCISTOGRAFIA	R\$ 500,00
URODINÂMICA	R\$ 202,40
URODINÂMICA ADULTO	R\$ 490,00
URODINÂMICA CRIANÇA INCLUSO	R\$ 780,00
UTI ADULTO	R\$ 1.470,00
VIDEO ARTROSCOPIO CIRURGICO	R\$ 278,30
VÍDEO HISTEROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 474,38
VÍDEO HISTEROSCÓPIO DIAGNÓSTICO	R\$ 151,80
VÍDEO LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 632,50
VIDEO URETEROSCOPIO	R\$ 632,50
VIDEOCIRURGIA-USO APARELHO	R\$ 316,25
VITRÉOGRAFO	R\$ 50,60

PROCEDIMENTO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
ANGIO TOMOGRAFIA (JEJUM 5 HORAS) CADA SEGUIMENTO	R\$ 650,00	ADIÇÃO DE R\$100,00
TC CRÂNIO / SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC OUVIDOS / MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC SEIOS DA FACE / FACE / ART. ATM	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC TÓRAX	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC DE Pelve / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC ARTICULAÇÃO (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, ETC.)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC SEG. APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, ETC.)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC TÓRAX ALTA RESOLUÇÃO	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

TC ABDOME TOTAL	R\$ 450,00	
TC DE ATM/ ART. TEMPERO-MANDIBULAR	R\$ 250,00	
TC DE BRAÇO	R\$ 250,00	
TC DE VIAS URINÁRIAS/ UROTOMOGRÁFIA	R\$ 450,00	
TC SACRO-COCCIX	R\$ 250,00	
TC SACRO-ILIACA	R\$ 250,00	
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. COM CONTRASTE	
TC CRÂNIO / SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 220,00	
TC TÓRAX	R\$ 220,00	
TC ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 220,00	
TC DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 220,00	
TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ETC.)	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 590,00	

RESSONÂNCIA		
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
ARTICULAÇÃO TEMPERO – MANDIBULAR (ATM)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME SUPERIOR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME INFERIOR (JEJUM 4S/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME TOTAL (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 800,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ARTRO RM	R\$ 600,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
BACIA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
BRAÇO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLANGIORESSONÂNCIA (JEJUM 6 HS)	R\$ 550,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00



COLUNA CERVICAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA DORSAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA LOMBAR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA TOTAL	R\$ 1.300,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COTOVELO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COCCIX / SACROCOCCIX	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COXO-FEMORAL / COXA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRÂNIO (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
FACE	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
HIPOFISE/ SELA TÚRCICA (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
JOELHO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MÃO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MASTOIDES / OUVIDOS (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MAXILAR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO SUPERIOR ÓRBITAS (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

OSSOS TEMPORAIS	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
OMBRO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PLEXO BRAQUIAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉ	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PERNA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PELVE (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PESCOÇO (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
QUADRIL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PRÓSTATA (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PUNHO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
SACRO-ILÍACAS	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
TORAX (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
TORNOZELO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

ANGIORESSONÂNCIA (JEJUM 4 HS)

PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
AORTA ABDOMINAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
AORTA TORACICA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ABDOME ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRANIO ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRANIO VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CERVICAL/ PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CERVICAL/ PESCOÇO VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO SUPERIOR	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PULMONAR ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PULMONAR VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉLVICA VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉLVICA ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

CONSULTAS ESPECIALIDADE MÉDICAS	
ESPECIALIDADE	VALOR
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	R\$ 175,00
ANGIOLOGIA	R\$ 175,00
CARDIOLOGISTA – CONSULTA SIMPLES, PRÉ OP OU RISCO CIRÚRGICO	R\$ 200,00
CIRURGIA GERAL	R\$ 175,00
CIRURGIA PLÁSTICA	R\$ 175,00
CIRURGIA VASCULAR	R\$ 175,00
CLÍNICO GERAL DERMATOLOGIA	R\$ 175,00
ENDOCRINOLOGIA	R\$ 175,00
FISIOTERAPIA	R\$ 175,00
FONOAUDIOLOGIA	R\$ 175,00
GASTROPEDIATRA	R\$ 175,00
GASTROENTEROLOGIA	R\$ 175,00
GERIATRIA	R\$ 175,00
GINECOLOGIA	R\$ 175,00
HANSENOLOGIA	R\$ 175,00
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	R\$ 175,00
HEPATOLOGIA INFECTOLOGIA MASTOLOGIA	R\$ 175,00
MEDICINA DA FAMILIA	R\$ 175,00
NEFROLOGIA	R\$ 175,00
NEUROLOGIA	R\$ 175,00
NUTRICIONOLOGIA	R\$ 175,00
NUTROLOGIA OBSTETRICIA OFTAMOLOGIA	R\$ 175,00
ONCOLOGIA	R\$ 175,00
OFTALMOLOGISTA	R\$ 150,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	R\$ 175,00
OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 175,00



PEDIATRA	R\$ 175,00
PNEUMOLOGIA PROCTOLOGIA PSIQUIATRIA	R\$ 175,00
REUMATOLOGIA	R\$ 175,00
UROLOGIA	R\$ 175,00

ULTRASSONOGRAFIA	
EXAME	VALOR
ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 200,00
ABDOMEN TOTAL	R\$ 250,00
ANTEBRAÇO	R\$ 90,00
ANTEBRAÇO DIREITO OU ESQUERDO	R\$ 145,00
APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BIXIGA) AMBOS OS SEXOS	R\$ 200,00
ARCOS COSTAIS (COSTELAS)	R\$ 90,00
ARTICULAÇÃO	R\$ 90,00
AXILA	R\$ 90,00
BOLSA ESCROTAL	R\$ 90,00
BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 145,00
BRAÇO DIREITO OU ESQUERDO	R\$ 145,00
CERVICAL	R\$ 200,00
COTOVELO	R\$ 90,00
COXA DIREITA OU ESQUERDA	R\$ 145,00
CRÂNIO TRANSFONTANELAS	R\$ 145,00
DOOPLER COLORIDO DE VASOS (CADA MEMBRO INFERIORES E SUPERIORES	R\$ 200,00
DOPPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA (RINS, MASSA, NODULO)	R\$ 200,00
DOPPLER DE CADA SEGUIMENTO	R\$ 210,00
DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 200,00
ECODOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE VENOSO DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES	R\$ 225,00
ECODOPPLER DE PÊNIS	R\$ 225,00
ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 135,00
GLANDULAS SALIVARES	R\$ 90,00
HIPOCONDRIO DIRETO (FIGADO, VESICULA, VIAS-BILARES, PANCREAS)	R\$ 90,00
JOELHO	R\$ 90,00
MAMAS	R\$ 90,00
MÃO DIREITA OU ESQUERDA	R\$ 145,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 90,00
MEMBRO SUPERIOR	R\$ 90,00
MORFOLÓGICO DE 1 TRIMESTRE COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 250,00
MORFOLÓGICO DE 1 TRIMESTRE COM TRANSLUCENCIA NUCAL (GEMELAR)	R\$ 400,00



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE	R\$ 300,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE (GEMELAR)	R\$ 500,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E DOPPLER	R\$ 350,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E DOPPLER (GEMELAR)	R\$ 600,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E TRANSVAGINAL	R\$ 350,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E TRANSVAGINAL (GEMELAR)	R\$ 600,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE, TRANSVAGINAL E DOPPLER	R\$ 450,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE, TRANSVAGINAL E DOPPLER (GEMELAR)	R\$ 700,00
OBSTETRICO	R\$ 150,00
OBSTETRICO COM DOPPLER	R\$ 250,00
OBSTETRICO E PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER	R\$ 350,00
OBSTETRICO ENDOVAGINAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 250,00
OBSTETRICO PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 250,00
PAREDE ABDOMINAL INCLUI TODA A PAREDE ABDOMINAL	R\$ 150,00
PARÓTIDAS	R\$ 90,00
PARTES MOLES	R\$ 90,00
PELVICO AMBOS OS SEXOS	R\$ 150,00
PELVICO TRANSVAGINAL	R\$ 200,00
PESCOCO	R\$ 90,00
PRÓSTATA	R\$ 90,00
PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 200,00
PUNHO	R\$ 90,00
QUADRIL	R\$ 90,00
TIREOIDE	R\$ 90,00
TORAX	R\$ 90,00
TORNOZELO	R\$ 90,00
TRANSFONTANELA	R\$ 90,00
TRANSVAGINAL	R\$ 150,00
TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 250,00
TRANSVAGINAL PRIMEIRO TRIMESTRE	R\$ 200,00

RAIOX	VALOR
COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. - OBLIQUAS	R\$ 40,25
COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. OU FLEXAO	R\$ 40,25
COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL	R\$ 40,25
COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS E COM SELETIVAS PARA L5 S1	R\$ 57,50
COLUNA LOMBO-SACRA 3 INC	R\$ 40,25
COLUNA PARA ESCOLIOSE: P. A. - LATERAL	R\$ 51,75
COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORAMICA	R\$ 345,00
COSTELAS- POR HEMITORAX	R\$ 40,25
COTOVELO	R\$ 40,25
COXA	R\$ 40,25
CRANIO P. A. LAT	R\$ 40,25
CRANIO P. A. LAT- BRETTON	R\$ 46,00



CRANIO P. A. LAT. OBL OU BRETTON - HIRTZ	R\$ 54,05
CALCANEO	R\$ 40,25
JOELHO: A.P. - LATERAL	R\$ 40,25
MAO OU QUIRODACTILOS	R\$ 40,25
MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 40,25
MAXILAR INFERIOR: P. A - OBLIQUAS	R\$ 40,25
PERNA	R\$ 40,25
OSSOS DA FACE: M.N. - F.N. LAT - HIRTZ	R\$ 40,25
PE OU PODODACTILOS	R\$ 40,25
PUNHO A.P. - LAT - OBLIQUAS	R\$ 40,25
SEIOS DA FACE: 75 F.N. - M.N. LAT	R\$ 40,25
OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL	R\$ 40,25
TORAX - 2 INC	R\$ 40,25
TORAX P.A INS E EXP - LAT	R\$ 46,00
TORAX: P. A	R\$ 40,25
TORAX: P.A LAT. - OBLIQUAS	R\$ 57,50
ANTEBRACO	R\$ 40,25

LABORATORIO	
EXAME	VALOR
1.25-DIHIIDROXI VITAMINA D	R\$ 51,75
17 - ALFA OH- PROGESTERONA HIDROXIPROGESTERONA RIE	R\$ 28,75
17- CETOGENICOS 17- CGS	R\$ 51,75
17- CETOSTEROIDES TOTAIS 17-CTS	R\$ 51,75
5-NUCLEOTIDASE	R\$ 19,39
ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO PARA CHUMBO INORGANICO	R\$ 17,25
ACIDO FENILGLIOXILICO PARA ESTIRENO	R\$ 17,25
ACIDO FENILPIRUVICO OU FENILANINA SANGUE DOSAGEM DE	R\$ 17,25
ACIDO FOLICO RIE	R\$ 23,00
ACIDO HIPURICO PARA TOLUENO	R\$ 23,00
ACIDO HOMOAGENTISICO DOSAGEM DE	R\$ 17,25
ACIDO LATICO	R\$ 14,95
ACIDO MANDELICO PARA ESTIRENO	R\$ 23,00
ACIDO METILHIPURICO PARA XILENOS	R\$ 23,00
ACIDO OXALICO	R\$ 143,75
ACIDO URICO	R\$ 14,95
ACIDO VALPROICO	R\$ 23,00
ACIDO VANIL MANDELICO	R\$ 155,25
ADENOSINA	R\$ 46,00
ADENOVIRUS RFC PARA	R\$ 69,00



ADRENOCORTICOTROFICO ACTH HORMONIO RIE	R\$ 23,00
ADRENOCORTICOTRÓFICO, HORMÔNIO (ACTH)	R\$ 57,50
ALBUMINA	R\$ 14,95
ALDOLASE	R\$ 17,25
ALDOSTERONA RIE	R\$ 34,50
ALFA- FETOPROTEINA IDR OU RIE	R\$ 23,00
ALFA-1- ANTITRIPSINA	R\$ 17,25
ALFA-1- ANTITRIPSINA CLEARENCE FECAL DA	R\$ 92,00
ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 17,25
ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 57,50
ALUMINIO	R\$ 28,75
AMEBIASE RFC OU IFI OU HA PARA	R\$ 86,25
AMILASE	R\$ 14,95
AMONIA	R\$ 132,25
ANDROSTENEDIONA RIE	R\$ 23,00
ANTICORPO HTLV - III HIV EIE	R\$ 34,50
ANTICORPOS ANTI - ENA HA PARA	R\$ 155,25
ANTICORPOS ANTI SM	R\$ 17,25
ANTICORPOS ANTI SS-B LA	R\$ 28,75
ANTICORPOS ANTI-CELULAS PARIETAIS IFI PARA	R\$ 28,75
ANTICORPOS ANTI-DNA IFI OU HA PARA	R\$ 28,75
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO C DA HEPATITE B ANTI HBC	R\$ 17,25
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DA HEPATITE B ANTI HBE	R\$ 17,25
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE DA HEPATITE B ANTI HBS	R\$ 17,25
ANTICORPOS HEPATITE C - ANTI HCV	R\$ 34,50
ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 23,00
ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO C DA HEPATITE B ANTI-HBC-IGM	R\$ 23,00
ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 28,75
ANTICORPOS RNP	R\$ 23,00
ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES PESQUISA DE INCLUII MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE DE 37º E TES	R\$ 17,25
ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES COM PAINEL HEMACIAS IDENTIFICACAO DE	R\$ 23,00
ANTI-DESOXIRIBONUCLEASE B NEUTRALIZACAO QUANTITATIVA PARA	R\$ 92,00
ANTI-ESCLERODERMA SCL 70	R\$ 28,75
ANTI-ESTREPTOLISINA O ASLO DETERMINACAO QUANTITATIVA DE	R\$ 17,25
ANTI-GARDIOLIPINA IGA / IGG / IGM CADA	R\$ 28,75
ANTIGENO E DE HEPATITE B HBE AG	R\$ 17,25
ANTIGENO AUSTRALIA HBS AG RIE OU EIE PARA	R\$ 46,00



ANTIGENO AUSTRALIA HBSAG	R\$ 17,25
ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO RIE OU EIE PARA	R\$ 17,25
ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 31,05
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 51,06
ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA)	R\$ 31,05
ANTIGENO METILICOS SOLUVEIS DO BCG 1 APLICACAO	R\$ -
ANTIGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA	R\$ 46,00
ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGA	R\$ 28,75
ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG	R\$ 28,75
ANTITROMBINA III DOSAGEM DE	R\$ 34,50
APOLIPOPROTEINA A OU B CADA E OUTRAS POR TURBIDIMETRIA CINETICA	R\$ 17,25
ARCOS ZIGOMATICOS MALAR ESTILOIDES A P. - OBLIQUAS	R\$ 42,55
BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 32,20
BRUCELA IGG	R\$ 51,75
BRUCELA IGM	R\$ 57,50
CALCIO IONICO	R\$ 14,95
CALCIO SERICO	R\$ 14,95
CALCITONINA RIE	R\$ 34,50
CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 17,25
CARBAMAZEPINA EIE	R\$ 28,75
CARBOXIHEMAGLOBINA DETERMINACAO DE	R\$ 23,00
CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA CETE TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	R\$ 93,15
CAXUMBA RFC PARA IGG / IGM CADA	R\$ 40,25
CELULAS LE PESQUISA DE	R\$ 17,25
CERULOPLASMINA	R\$ 17,25
CH50 OU COMPLEMENTO SERICO TOTAL CH100	R\$ 15,24
CHAGAS IFI PARA	R\$ 17,25
CHAGAS REACAO DE IFI HA E RFC REACAO SOROLOGICAS PARA	R\$ 23,00
CHAGAS IGG	R\$ 17,25
CHAGAS, HA PARA	R\$ 9,28
CHAGAS,IGM	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS RFC OU IFI PARA	R\$ 19,11
CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS IGM - ESPECIFICA EIE	R\$ 23,00
CLAMIDIA RFC PARA	R\$ 28,75
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 17,25
CLEARANCE DE UREIA	R\$ 17,25

CLONAZEPAM METHOTREXATE OU OUTROS	R\$ 120,75
CLORETOS	R\$ 14,95
COAGULOGRAMA TS TC PROVA DO LACO RETRACAO DO COAGULO CONTAGEM DE PLAQUETAS TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 32,20
COBRE	R\$ 17,25
COLESTEROL HDL	R\$ 14,95
COLESTEROL LDL	R\$ 14,95
COLESTEROL TOTAL	R\$ 14,95
APOLIPOPROTEINA A OU B CADA E OUTRAS POR TURBIDIMETRIA CINETICA	R\$ 17,25
ARCOS ZIGOMATICOS MALAR ESTILOIDES A P. - OBLIQUAS	R\$ 42,55
BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 32,20
BRUCELA IGG	R\$ 51,75
BRUCELA IGM	R\$ 57,50
CALCIO IONICO	R\$ 14,95
CALCIO SERICO	R\$ 14,95
CALCITONINA RIE	R\$ 34,50
CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 17,25
CARBAMAZEPINA EIE	R\$ 28,75
CARBOXIHEMAGLOBINA DETERMINACAO DE	R\$ 23,00
CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA CETE TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	R\$ 93,15
CAXUMBA RFC PARA IGG / IGM CADA	R\$ 40,25
CELULAS LE PESQUISA DE	R\$ 17,25
CERULOPLASMINA	R\$ 17,25
CH50 OU COMPLEMENTO SERICO TOTAL CH100	R\$ 15,24
CHAGAS IFI PARA	R\$ 17,25
CHAGAS REACAO DE IFI HA E RFC REACAO SOROLOGICAS PARA	R\$ 23,00
CHAGAS IGG	R\$ 17,25
CHAGAS, HA PARA	R\$ 9,28
CHAGAS,IGM	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS RFC OU IFI PARA	R\$ 19,11
CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS IGM - ESPECIFICA EIE	R\$ 23,00
CLAMIDIA RFC PARA	R\$ 28,75
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 17,25
CLEARANCE DE UREIA	R\$ 17,25
CLONAZEPAM METHOTREXATE OU OUTROS	R\$ 120,75
CLORETOS	R\$ 14,95

COAGULOGRAMA TS TC PROVA DO LACO RETRACAO DO COAGULO CONTAGEM DE PLAQUETAS TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 32,20
COBRE	R\$ 17,25
COLESTEROL HDL	R\$ 14,95
COLESTEROL LDL	R\$ 14,95
COLESTEROL TOTAL	R\$ 14,95
COLESTEROL VLDL	R\$ 14,95
COLINESTERASE	R\$ 19,39
COMPLEMENTO CH50 DOSAGEM DO	R\$ 23,00
COMPLEMENTO C3 IDR PARA	R\$ 17,25
COMPLEMENTO C4 IDR PARA	R\$ 17,25
COMPOSTO S 11 DESOXCORTISOL	R\$ 109,25
COOMBS DIRETO	R\$ 17,25
COOMBS INDIRETO - INCLUI O QUANTITATIVO	R\$ 20,70
COPROPORFIRINA III DOSAGEM DE	R\$ 23,00
COPROPORFIRINAS PARA CHUMBO INORGANICO	R\$ 23,00
CORTISOL RIE CADA AMOSTRA	R\$ 17,25
CORTISOL LIVRE	R\$ 23,00
CREATINA	R\$28,75
CREATININA	R\$ 14,95
CREATINO FOSFOQUINASE	R\$ 14,95
CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB	R\$ 14,95
DENGUE IGG E IGM PARA	R\$ 46,00
DENSIOMETRIA DUO ENERGETICA CORPO INTEIRO	R\$ 151,73
DENSIOMETRIA OSSEA DUO ENERGETICA SEGMENTO	R\$ 176,09
DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 117,21
DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 155,25
DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 126,50
DESIDROGENASE LATICA	R\$ 14,95
DESIDROGENASE LATICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 184,00
DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 56,97
DETERMINACAO DA MECANICA VENTILATORIA - VENTILACAO VOLUNTARIA MAXIMA	R\$ 20,77
DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 58,98
DETERMINACAO DO FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 56,97
DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	R\$37,95
DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	R\$37,95
DIGITOXINA RIE	R\$ 80,50
DIMERO D PESQUISA E OU DOSAGEM	R\$ 126,50



DOSAGEM IGE TOTAL	R\$ 17,25
DOSAGEM PEPTIDEO C	R\$ 23,00
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 34,50
ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,25
ELETROFORESE DE PROTEINAS COM CONCENTRACAO	R\$ 17,25
ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS COM CONCENTRACAO	R\$ 74,75
EPSTEIN-BARR PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS IGG OU IGM CADA	R\$ 28,75
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 17,25
ESTRADIOL RIE	R\$ 17,25
ESTRIOL RIE	R\$ 23,00
ESTRONA RIE	R\$ 46,00
ETANOL	R\$ 28,75
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL	R\$ 46,00
FALCIZACAO TESTE DE	R\$ 17,25
FATOR II DOSAGEM DO	R\$ 166,75
FATOR IX DOSAGEM DO	R\$ 86,25
FATOR REUMATOIDE	R\$ 14,95
FATOR REUMATOIDE TESTE DO LATEX PARA	R\$ 17,25
FATOR V DOSAGEM DO	R\$ 86,25
FENOBARBITAL	R\$ 28,75
FENOL POR CROMATOGRAFIA PARA BENZENO FENOL	R\$ 18,16
FERRITINA	R\$ 17,25
FERRO SERICO	R\$ 17,25
FEZES CULTURA P CAMPILOBACTER OU YERSINIA ENTEROCOLITICA CADA	R\$ 40,25
FEZES CULTURA PARA SALMONELLA SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS SOROLOGIA INCLUIDA	R\$ 40,25
FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 17,25
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 14,95
FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	R\$ 138,00
FOSFOLIPIDIOS	R\$ 51,75
FOSFORO	R\$ 14,95
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 14,95
GASOMETRIA HB HT NA K CL CA GLICOSE NO GASOMETRO	R\$ 126,50
GASOMETRIA PH PCO2 PO2 BIC SA.02 EXCESSO BASE	R\$ 126,50
GASOMETRIA ARTERIAL APOS 02 A 100	R\$ 36,80
GASTRINA RIE	R\$ 28,75
GLICEMIA POS PRANDIAL	R\$ 14,95
GLICOSE	R\$ 14,95



GLICOSE -6 -FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 23,00
GLOBO OCULAR	R\$ 95,45
GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA TBG	R\$ 40,25
GONADOTROFINA CORIONICA B-HCG RIE OU EIE	R\$ 17,25
GONADOTROFINA CORIONICA B-HCG RIE OU EIE	R\$ 17,25
GRUPO SANGÜINEO ABO DETERMINACAO DO FATOR RH	R\$ 14,95
HEMACIAS CONTAGEM DE	R\$ 17,25
HEMACIAS FETAIS PESQUISA DE	R\$ 46,00
HEMATOCRITO DETERMINACAO DO	R\$ 14,95
HEMOGLOBINA DOSAGEM DE	R\$ 14,95
HEMOGLOBINA ELETROFORESE EM GEL AMIDO OU ACETATO DE CELULOSE	R\$ 28,75
HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 23,00
HEMOGLOBINA GLICADA (FRACAO A1C)	R\$ 17,25
HEMOGRAMA C/ CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 14,95
HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 34,50
HIV1 + HIV2 DETERMINACAO CONJUNTA	R\$ 17,25
HORMONIO ANTIDIURETICO VASOPRESSINA	R\$ 138,00
HORMÔNIO GONODOTROFICO CORIONICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG), DOSAGEM	R\$ 23,00
IGA IDR PARA	R\$ 17,25
IGE PARA ACIDO BENZOICO	R\$ 103,50
IGE POR ALERGENO - CADA	R\$ 28,75
IGG IDR PARA	R\$ 17,25
IGM IDR PARA	R\$ 17,25
LIPASE	R\$ 17,25
LIPIDIOS TOTAIS	R\$ 14,95
LIPIDOGRAMA COMPLETO INCLUI LIPIDIOS COLESTEROL TRIGLICERIDIOS ELETROFORESE DE LIPO-PROTEINAS	R\$ 33,35
LISTERIOSE REACAO DE AGLUTINACAO PARA	R\$ 92,00
LITIO	R\$ 17,25
LUTEINIZANTE HORMONIO LH RIE	R\$ 17,25
MAGNESIO	R\$ 14,95
PROTEINA C REATIVA QUALITATIVA PESQUISA	R\$ 14,95
POTASSIO	R\$ 14,95
PROTEINAS TOTAIS	R\$ 14,95
PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 32,20
SODIO	R\$ 14,95
PROTEINA C REATIVA	R\$ 14,95

PROTEINA C REATIVA DETERMINACAO QUANTITATIVA DE	R\$ 32,20
ROTINA DE URINA CARACTERES FISICOS ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA	R\$ 14,95
SELENIO	R\$ 28,75
T-3 LIVRE	R\$ 17,25
T4 LIVRE	R\$ 14,95
TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 14,95
TEMPO DE TROMBINA	R\$ 34,50
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO	R\$ 14,95
TESTE RAPIDO COVID-19	R\$ 138,00
TESTE RAPIDO PARA DENGUE	R\$ 46,00
TESTE TOLERANCIA E INSULINA OU HIPOGLICEMIANTE ORAIS 6 DOSAGENS	R\$ 33,47
TESTOSTERONA LIVRE RIE	R\$ 23,00
TESTOSTERONA TOTAL RIE	R\$ 14,95
TIREOESTIMULANTE HORMONIO TSH RIE	R\$ 14,95
TIREOESTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH)	R\$ 14,95
TIREOGLOBULINA - RIE DOSAGEM DE	R\$ 28,75
TIROXINA T- 4 RIE TOTAL	R\$ 14,95
TIROXINA LIVRE RIE (T4 LIVRE)	R\$ 14,95
TRIGLICERÍDIOS	R\$ 14,95
TROPONINA I	R\$ 51,75
UREIA	R\$ 14,95
VDRL INCLUSIVE QUANTITATIVO REACAO DE OU OUTROS SIMILARES	R\$ 17,25
URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS CULTURA DE INCLUI ANTIBIOGRAMA QUANDO NECESSARIO	R\$40,25
VITAMINA A, DOSAGEM	R\$ 69,00
VITAMINA B12	R\$ 17,25
VITAMINA B-12 RIE TOTAL	R\$ 17,25
VITAMINA D3 - 25 - DIHIDROXI	R\$ 23,00
WAALER-ROSE FATOR REUMATOIDE TESTE DE	R\$ 17,25
ZINCO PARA ZINCO	R\$ 17,25

6. DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO

Serão pagos os serviços efetivamente prestados, sendo os valores unitários de cada procedimento determinado conforme Tabela Diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e publicada pela Secretaria Municipal de Saúde.

As atualizações da Tabela Diferenciada, servirão como referência para atualização de valores dos contratos, segundo sua natureza jurídica, previstos no artigo 26 da Lei nº 8.080/90 e alterações posteriores, visando garantir o equilíbrio econômico-financeiro, mediante Termo Unilateral de Apostilamento.

O pagamento será até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar os recursos na conta bancária



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS e SIA/SUS no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas.

Os recursos oriundos para tais despesas são oriundos do Fundo Nacional de Saúde. Os pagamentos somente serão realizados após a transferência dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba.

É vedado as Unidades Hospitalares efetuar Cessão de Créditos diretamente a seus terceiros (Pessoa Física, Laboratórios, Bancos de Sangue, Clínicas e Fornecedores de Órtese e Próteses) por serviços prestados durante a Internação Hospitalar.

Por ocasião dos pagamentos deverá ser apresentado:

a) Fatura discriminada (Nota Fiscal Eletrônica) devidamente atestada pelo (s) fiscal (ais) designado (s) pela: Secretaria Municipal de Saúde.

b) CND da União;

c) CND Estadual;

d) CND do FGTS;

e) CND Trabalhista;

f) CND Municipal.

Nenhum pagamento será efetuado sem apresentação dos documentos a que alude o item anterior, bem como enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que for imposta à adjudicatária, em virtude de penalidade ou inadimplemento das obrigações assumidas pela adjudicatária ou decorrente do Contrato;

O pagamento somente efetuar-se-á mediante a tempestividade das certidões anteriormente mencionadas. Caso a contratada entregue certidão com data expirada ou que venha expirar-se antes da liquidação da despesa, ela será comunicada para substituir a certidão irregular por uma atualizada;

Durante a vigência do Contrato, os preços registrados serão fixos e irrevogáveis, exceto nas hipóteses de Tabela Diferenciada, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Mesmo comprovada a ocorrência de situação prevista na alínea “d”, do inciso II, do art. 124, da Lei Federal nº 14.133/2021, a Administração, se julgar conveniente, poderá optar por cancelar o contrato e iniciar outro credenciamento.

7. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura, podendo ter sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, mediante consenso entre as partes, observado o disposto no artigo 107 da Lei Federal nº 14.133/2021.

8. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União. A contratação será atendida pela seguinte dotação:

05.10.10.122.1087.2.018.3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

Ficha: 278 - Fontes: 107, 102 e 125

A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

9. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA O CREDENCIAMENTO

Para PESSOAS JURÍDICAS, entende-se necessário que a contratação apresente os seguintes requisitos e documentos:

- Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato social em vigor, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;
- Cartão de CNPJ (Comprovante de inscrição e situação cadastral);
- Comprovante de endereço atualizado, telefone para contato e e-mail;



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

- Alvará Sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária;
- Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES;
- Indicação do responsável técnico do serviço, por área, acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho de classe;
- Relação dos serviços, recursos humanos e equipamentos, por ambiente;
- Certidão de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- Certidão de regularidade perante a Fazenda Federal, Estadual de Goiás, e Municipal do domicílio ou sede do proponente;
- Certidão de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), emitida pela Caixa Econômica Federal.
- Certidão de regularidade relativa junto à Justiça do Trabalho através da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;
- Declaração de que inexistem fatos impeditivos para contratar com a administração pública (Anexo I);
- Declaração de veracidade de informações e concordância (Anexo II);
- Declaração individual dos sócios da empresa, que não exerçam cargo, emprego ou função pública (Anexo III);
- Declaração de que não possui em seu quadro permanente menor de 18 anos de idade em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menor 16 anos de idade, em trabalho de qualquer natureza, exceto na condição de menor aprendiz, a partir de 14 anos de idade, em cumprimento do disposto no Inciso XXXIII, do Art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Anexo IV).

OBS: Todos os documentos exigidos neste edital deverão estar com a data de validade em vigor na data de entrega da proposta.

10. DOS REQUISITOS E DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

Para a contratação são necessários os seguintes requisitos:

- I - Credenciar clínicas, laboratórios e hospitais que tenham capacidade instalada para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde;
- II - Os estabelecimentos deverão possuir registros junto aos órgãos competentes (Vigilância Sanitária, Conselhos Representativos, Corpo de Bombeiros);
- III - Estar com as certidões fiscais regulares;
- IV - Possuir equipe profissional apta a desenvolver os serviços ora credenciados;
- V - Estar devidamente com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde ativo – CNES ativo e atualizado;

Após a fase de habilitação, as entidades/empresas que ainda não possuem vínculo com o Sistema Único de Saúde de Corumbáiba, deverá passar por visita técnica pela equipe desta Secretaria com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços a serem prestados.

Somente após a emissão de parecer circunstanciado de auditoria favorável, esta Secretaria celebrará o contrato com o prestador.

Os prestadores de serviços atualmente vinculados ao Sistema Único de Saúde de Corumbáiba, cuja as condições de oferta permaneçam inalteradas, passarão por auditoria após assinatura do novo contrato, podendo o mesmo ser rescindido conforme manifestação contrária da equipe desta Secretaria, respeitado o direito da ampla defesa e do contraditório.

11. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

A empresa Contratada assumirá de forma integral as obrigações aqui elencadas, sem prejuízo de outras que venham a ser instituídas por força de Lei ou por portarias do Ministério da Saúde:

- I. Realizar os serviços especificados, de acordo com a programação contida no Edital;
- II. Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste termo serão de exclusiva responsabilidade da Contratada;
- III. Assumir integralmente a responsabilidade pela boa execução dos serviços, assim como pelo cumprimento dos elementos constantes do processo;
- IV. A(s) empresa (s) contratada(s) para prestação de serviços nas unidades próprias do município deverão fornecer todos os equipamentos, em forma de comodato, para a execução integral dos serviços bem como de todos os insumos necessários;
- V. Garantir o acesso dos pacientes aos serviços contratados, sendo estes atendidos com gratuidade, conforto, dignidade e respeito para si, e seus acompanhantes;
- VI. Informar, diariamente e em tempo real, o número de leitos hospitalares disponíveis, a fim de que sejam mantidas atualizadas as informações no Complexo Regulador e nas ferramentas de transparência ofertadas pela SMS em portal eletrônico;
- VII. Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- VIII. Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- IX. Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;
- X. Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Caso ocorra alguma alteração de CNES, tal alteração deverá ser requerida imediatamente, com preenchimento das Ficha de Alteração Cadastral a ser apresentada na Secretaria Municipal de Saúde ou CNES conforme Procedimento Operacional Padrão- POP do CNES;
- XI. Apresentação das certidões de regularidade fiscal relativa aos débitos para com as Fazendas Públicas Federal, Estaduais e Municipais, FGTS e INSS e Trabalhista;
- XII. Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria – SNA, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado e no prazo concedido pela área técnica, podendo ser matéria de penalidades previstas em lei o descumprimento do prazo concedido sem que se apresente justificativa.

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Efetuar o pagamento até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar os recursos na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS e SIA/SUS no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas.

Serão pagos os serviços efetivamente prestados, sendo os valores unitários de cada procedimento determinado conforme Tabela Diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e publicada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Vistoriar, periodicamente, as instalações do prestador, visando verificar a manutenção das condições satisfatórias constatadas por ocasião da contratação;

Supervisionar e fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde.

Acompanhar e fiscalizar os serviços através do Fiscal do Contrato, para esse fim designado.

13. DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

Observado o disposto no artigo 117, da Lei Federal nº 14.133/21, o acompanhamento, a fiscalização, o recebimento e a conferência dos serviços, serão realizados por representante da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba nomeado por meio de Portaria.



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

A Secretaria, através de seu fiscal, atestará no documento fiscal correspondente, a prestação dos serviços nas condições exigidas, constituindo tal atestação requisito para a liberação dos pagamentos à CONTRATADA;

A prestação dos serviços do objeto deste Termo de Referência, somente se efetivará com a atestação referida no item anterior.

14. DA EXTINÇÃO CONTRATUAL

O contrato se extingue quando cumpridas as obrigações de ambas as partes, ainda que isso ocorra antes do prazo estipulado para tanto.

14.1. Se as obrigações não forem cumpridas no prazo estipulado, a vigência ficará prorrogada até a conclusão do objeto, caso em que deverá a Administração providenciar a readequação do cronograma fixado para o contrato.

14.1.1. Quando a não conclusão do contrato referida no item anterior decorrer de culpa do contratado:

- a) ficará ele constituído em mora, sendo-lhe aplicáveis as respectivas sanções administrativas; e
- b) poderá a Administração optar pela extinção do contrato e, nesse caso, adotará as medidas admitidas em lei para a continuidade da execução contratual.

14.2. O contrato pode ser extinto antes de cumpridas as obrigações nele estipuladas, ou antes do prazo nele fixado, por algum dos motivos previstos no artigo 137 da Lei nº 14.133/21.

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

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

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

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

14.3.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

14.3.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

14.3.3. Indenizações e multas.

14.4. A extinção do contrato não configura óbice para o reconhecimento do desequilíbrio econômico financeiro, hipótese em que será concedida indenização por meio de termo indenizatório (art. 131, caput, da Lei n.º 14.133, de 2021).

14.5. Constituem motivos de rescisão do Contrato de Credenciamento:

I. O não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;

II. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;

III. A lentidão no cumprimento do contrato, levando o Contratante, a comprovar a impossibilidade do fornecimento dos serviços ofertados;

IV. O atraso injustificado no início do serviço;

V. A paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

VI. A subcontratação total ou parcial do objeto, associação da contratada com outrem, a cessão ou transferência total ou parcial das obrigações contraídas, bem como a fusão, cisão ou incorporação da Contratada que afetem a boa execução do contrato, sem prévio conhecimento e expressa autorização da CONTRATANTE;

VII. O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;

VIII. A decretação de falência ou instauração de insolvência civil;

IX. A dissolução da sociedade ou o falecimento do contratado;

X. O cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas em registro próprio, pelo representante da Contratante designado para o acompanhamento e fiscalização do contrato;

XI. A alteração social ou modificação da finalidade ou da estrutura da Contratada, que prejudique a



execução do Contrato;

XII. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificados e determinados pela máxima autoridade da esfera administrativa do Contratante e exaradas no processo administrativo que se referir o contrato;

XIII. A suspensão de sua execução, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, ou ainda por repetidas suspensões que totalizem o mesmo prazo, independentemente do pagamento obrigatório de indenizações pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas, assegurado ao contratado, nesses casos, o direito de optar pela suspensão do cumprimento das obrigações assumidas até que seja normalizada a situação;

XIV. O atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela Administração decorrentes dos serviços ou parcelas destes, já executados, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado ao contratado o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que se normalize a situação;

XV. A ocorrência de caso fortuito ou força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato;

XVI. Descumprimento do disposto do Artigo 68, inciso VI da Lei nº 14.133/2021, sem prejuízo das sanções penais cabíveis;

XVII. A extinção dos contratos dar-se-á na forma dos artigos 137 a 139 da Lei nº 14.133/2021.

15. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS/ PENALIDADES

15.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto do Contrato de Prestação de Serviços a ser firmado entre as partes ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à empresa contratada em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal 14.133/2021, ou seja:

15.1.1. Advertência;

15.1.2. Multa, correspondente de 2% até 5% dos valores do contrato, utilizando-se como parâmetro a série histórica dos últimos seis meses, pago ao Contratado, podendo ser descontado na fatura apresentada no mês subsequente;

15.1.3. Corumbáiba;

15.1.4. Suspensão temporária de contratar com a Secretaria Municipal de Saúde de Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria Autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a contratada ressarcir a Administração por prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior;

As sanções de “Advertência”, “Impedimento de licitar e contratar” e “Declaração de Inidoneidade”, poderão ser aplicadas conjuntamente com sanção de “Multa”, conforme Artigo 156, § 7º, da Lei 14.133/2021.

A contratada que entregar o objeto ou executar o serviço contratado de forma integral, porém com atraso injustificado em relação aos prazos fixados no contrato ou no instrumento convocatório será aplicado multa de mora de 0,5% (cinco décimos percentuais) ao dia, cumuláveis até o 15º (décimo quinto) dia de atraso, a ser calculado sobre o valor da parcela entregue ou executada em desconformidade com o prazo previsto no contrato, podendo ser aplicada cumulativamente com as demais sanções previstas neste Edital.

1. Ultrapassado o prazo máximo previsto no subitem anterior, pela inexecução parcial do objeto do contrato será aplicado multa percentual de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da prestação não cumprida nos seguintes percentuais:

2. do 16º ao 20º dia, multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor da prestação não cumprida;

3. do 21º ao 25º dia, multa compensatória de 15% (quinze por cento) sobre o valor da prestação não



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

cumprida;

4. 26º ao 30º dia, multa compensatória de 20% (quinze por cento) sobre o valor da prestação não cumprida;

Considera-se inexecução parcial o atraso injustificado superior a 15 (quinze) dias e até 30 (trinta) dias no cumprimento do prazo estabelecido em contrato para a entrega de bens ou execução de serviços.

Considera-se inexecução total o atraso injustificado superior a 30 (trinta) dias no cumprimento do prazo estabelecido em contrato para a entrega de bens ou execução de serviços.

A inexecução total do objeto do contrato implicará a aplicação de multa compensatória no percentual de 30% (trinta por cento), a ser calculada sobre o valor total do contrato.

A declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública durará enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos causados.

16. DA PUBLICIDADE

A Comissão de Licitação dará a devida publicidade mediante a publicação da lista dos PROPONENTES habilitados ao credenciamento no Diário Oficial do Município, bem como a disponibilização no site <https://Corumbaiba.go.gov.br>.

Zainy Lelymar Andrade
Gestora do FMS



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ANEXO II

MINUTA DE OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO / PROPOSTA

Ofício nº (nº do Ofício) /2025

Corumbáiba, _____ de _____ de 2025.

A Excelentíssima Senhora;

Secretária Municipal de Saúde de Corumbáiba/GO.

Assunto: Solicitação de CREDENCIAMENTO junto à Prefeitura de Corumbáiba/GO.

Referência: Edital de Chamamento Público SMS nº 001/2025.

Senhora Secretária,

O(A) , pessoa jurídica de direito privado ou física, devidamente inscrito(a) no CNPJ sob o nº (Número do CNPJ), CNES nº (Número do CNES em caso de pessoa jurídica), Situado(a) na (Endereço Completo com CEP), (Telefone), (e-mail) , neste ato representado por seu(ua) proprietário(a) (Nome do Proprietário em caso de pessoa jurídica), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), portador do RG nº (Número do RG / Órgão Expedidor), inscrito no CPF sob o nº (Número do CPF), **vem por meio desta solicitar credenciamento junto à Prefeitura de Corumbáiba/GO, por meio do Fundo Municipal de Saúde, para execução de serviços de assistência à saúde.**

Para tal, segue abaixo a proposta de serviços a serem prestados mensalmente, bem como as respectivas quantidades a serem ofertadas, tudo de acordo com os valores pagos na Tabela Diferenciada 001/2025, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde:

Categoria profissional	Carga horária	Valor

(Nome do Proprietário)
(Número do CPF)
(Número do CNPJ)



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ANEXO III
TABELA 001/2025, DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Tabela 002/2025: Tabela de valores de procedimentos clínicos e cirúrgicos para credenciamento de prestadores de serviços.

MAMOGRAFIA	
EXAME	VALOR
MAMOGRAFIA	R\$ 90,00

PROCEDIMENTO OBSTÉTRICOS	
PROCEDIMENTO	VALOR
PARTO CESARIA	R\$ 3.850,00
PARTO CESARIA + LAQUEADURA	R\$ 4.500,00
PARTO NORMAL	R\$ 2.950,00
CURETAGEM	R\$ 1.000,00
CERCLAGEM ULTERINA	R\$ 1.200,00
LAQUEADURA	R\$ 6.900,00
CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA HPV+3 RETORNOS	R\$ 1.500,00
CURETAGEM PÓS ABORTO	R\$ 2.800,00
IMPLANTE DIU HORMONAL -(PACIENTE TEM QUE TRAZER DIU)	R\$ 2.000,00
TRAZER DIU	
PERINEOPLASTIA	R\$ 4.500,00
HISTERECTOMIA TOTAL HOSPITAL +ANESTESISTA+CIRURGIAO	R\$ 4.500,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS UROLOGIA	
PROCEDIMENTO	VALOR
CALCULO FLEXIVEL	R\$ 10.200,00
CALCULO SEMI RIGIDO	R\$ 8.000,00
CISTOLITOTRIPSIA ENDOSCOPICA	R\$ 8.900,00
EXERESE DE CISTO RENAL	R\$ 9.900,00
HIDROCELE	R\$ 3.100,00
HIDROCELE BILATERAL	R\$ 5.000,00
HIDROCELE UNILATERAL	R\$ 4.000,00
NEFRECTOMIA ABERTA UNILATERAL	R\$ 11.500,00
NEFROUTOTRIPSIA COM DUPLO J CATETER+RETIRADA FUTURA	R\$ 16.000,00
POSTECTOMIA	R\$ 2.400,00
PROSTATECTOMIA OU RTU	R\$ 13.000,00
RETIRADA DUPLO J	R\$ 790,00

RETIRADA DUPLO J COM ANESTESIA	R\$ 3.500,00
RTU	R\$ 7.300,00
TTO CIRURGIO DE HIPOSPADIA COM CHORDEE	R\$ 11.900,00
URETERORRENO FLEXIVEL OU RIGIDA COM CATETER	R\$ 13.000,00
VARICOCELE	R\$ 3.100,00
VASECTOMIA	R\$ 2.100,00
VASECTOMIA COM ANESTESIA HOSPITAL+ANESTESISTA+CIRURGIAO	R\$ 2.500,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ESPECIALISADO	
PROCEDIMENTO	VALOR
CATARATA UNILATERAL	R\$ 2.100,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL	
PROCEDIMENTO	VALOR
APENDICECTOMIA	R\$3.500,00
BARIATRICA	R\$26.500,00
COLECISTECTOMIA	R\$ 4.023,00
COLPOPERINOPLASTIA ANTERIO E POSTERIO	R\$ 3.570,25
CVL - POR VIDEO	R\$ 9.900,00
EXCERSE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 2.911,50
FISSORECTOMIA ANAL	R\$ 3.235,00
HEMORROIDECTOMIA	R\$3.458,50
HERNIA DE HIATO + REFLUXO	R\$12.500,00
HERNIA INGUINAL BILATERAL - ABERTA	R\$ 6.700,00
HERNIA INGUINAL BILATERAL - POR VIDEO	R\$ 8.000,00
HERNIA UMBILICAL - ABERTA	R\$ 6.500,00
HERNIA UMBILICAL - POR VIDEO	R\$ 10.200,00
HERNIORRAFIA COM TELA	R\$ 3.017,25
HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 3.576,00
HERNIORRAFIA INCISIONAL/INGNAL/CRURAL	R\$ 3.235,00
RESSECÇÃO TUMOR DE PELE SIMPLES	R\$ 4.100,00
REVERSÃO DE COLONOSTOMIA/ COLOSTOMIA	R\$ 18.000,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - ORTOPEDIA	
PROCEDIMENTO	VALOR
CIRURGIA DE ANTEBRACO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00

CIRURGIA DE CLAVÍCULA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE JOELHO-VÍDEO ARTROSCOPIA (MENISCO E LIGAMENTO) PARAFUSO INTERFERENCIA +LAMINA SHVER+TORRE ARTROSCOPIA	R\$ 10.000,00
CIRURGIA DE MÃO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.000,00
CIRURGIA DE OMBRO- VIDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 1 ANCORA+TORRE+LAMINA	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE OMBRO-VÍDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 2 ANCORAS+TORRE+LAMINA	R\$ 10.200,00
CIRURGIA DE OMBRO- VIDEO ARTROSCOPIA (MANGUITO E INSTABILIDADE) COM ANCORAS SENDO 3 ANCORAS+TORRE+LAMINA	R\$ 10.800,00
*CIRURGIA DE PATELA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
3'CIRURGIA DE PÉ COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE PERNA COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
CIRURGIA DE PUNHO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE TORNOZELO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 8.500,00
CIRURGIA DE ÚMERO COM USO PLACAS PARAFUSOS OU FIOS	R\$ 9.500,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL- PRIMARIA	R\$ 27.000,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO-PRIMARIA	R\$ 27.000,00
ARTROPLASTIA TOTAL DE OMBRO-PRIMARIA	R\$ 27.000,00
CIRURGIA DE FEMUR PARA PLACA PARAFUSOS OU HASTES	R\$ 13.000,00
CIRURGIA DE FRATURAS DO ANEL PELVICO/ACETABULO	R\$ 16.000,00
LESAO TENDAO AQUILES OU TENDAO PATELAR OU QUARICEPTAL	R\$ 10.500,00
AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NIVEL DE PERNA	R\$ 10.000,00
AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NIVEL DE COXA	R\$ 12.000,00
VARIZES BIALTERAL	R\$10.500,00
VARIZES UNILATERAL	R\$ 7.940,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - OTORRINO	
PROCEDIMENTO	VALOR
ADENOAMIGDALECTOMIA OU AMIGDALECTOMIA	R\$ 9.200,00
SEPTOPLASTIA	R\$ 9.500,00

TAXAS DE SERVIÇOS



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

DESCRIÇÃO	VALOR
AR COMPRIMIDO - HORA	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO ARTICULAR, PLEURAL, ABDOMINAL	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 27,83
BANDEJA DE PUNÇÃO SUBCLÁVIA	R\$ 27,83
BERÇÁRIO NORMAL	R\$ 78,43
BERÇÁRIO PATOLÓGICO/PREMATURO	R\$ 185,96
BIOMETRIA	R\$ 65,00
BIÓPSIA DE PRÓSTATA INCLUSO ANESTESIA	R\$ 990,00
BISTURI ELÉTRICO	R\$ 22,77
CAFÉ DA MANHÃ PARA ACOMPANHANTES	R\$ 7,59
CAMPIMETRO	R\$ 50,60
CARDIOTACÓGRAFO	R\$ 15,18
COLONOSCOPIA	R\$ 760,00
COLONOSCÓPIO	R\$ 63,25
CRIO CAUTÉRIO P/ CATARATA	R\$ 25,30
CRIO CAUTÉRIO P/ RETINA	R\$ 37,95
CURATIVO ESPECIAL	R\$ 63,25
CURATIVO ESPECIAL (MÉDIO)	R\$ 27,83
CURATIVO GRANDE	R\$ 44,28
CURATIVO MÉDIO	R\$ 31,63
CURATIVO PEQUENO	R\$ 25,30
DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 180,00
DERMÁTOMO GÁS	R\$ 40,48
DESFIBRILADOR (FORA DA UTI E SALA DE EMERGÊNCIA)	R\$ 63,25
DOPPLER CAROTIDAS	R\$ 210,00
DUPLEX SCAN DE MEMBROS (VALOR POR MEMBRO)	R\$ 210,00
ECOCARDIOGRAMA STRESS	R\$ 410,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA	R\$ 190,00
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 60,00
ELETROENCEFALOGRAMA PROLONGADO 1 HORA	R\$ 250,00
ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 250,00
ELETROENCEFALOGRAMA SONO OU VIGILIA	R\$ 180,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA E.D.A	R\$ 360,00
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO CIRÚRGICO	R\$ 75,90
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO DIAGNÓSTICO	R\$ 63,25
ENDOSCÓPIO GINECOLÓGICO P/ EXAME	R\$ 101,20
ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO P/ CIRURGIA	R\$ 303,60
ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO P/ EXAME	R\$ 63,25
ENDOSCÓPIO UROLÓGICO CIRÚRGICO	R\$ 303,60
ENDOSCÓPIO UROLÓGICO DIAGNÓSTICO	R\$ 101,20
ENEMA OPACO C/ BOLSA COLOSTOMIA	R\$ 590,00
ENEMA OPACO SEM BOLSA	R\$ 550,00
ENFERMARIA	R\$ 236,56
FACOEMULSIFICADOR	R\$ 632,50

FACOFRAGMENTADOR	R\$ 632,50
GÁS CARBÔNICO - HORA	R\$ 0,13
HEMODINÂMICA	R\$ 379,50
HOLTER 24H	R\$ 150,00
HOSPITAL/DIA ENFERMARIA	R\$ 139,15
INALAÇÃO SIMPLES	R\$12,65
INTENSIFICADOR DE IMAGEM GRANDE	R\$ 189,75
INTENSIFICADOR DE IMAGEM MÉDIO	R\$ 189,75
INTENSIFICADOR IMAGEM	R\$ 189,73
IONIZADOR	R\$ 2,53
LASER	R\$ 177,10
LAVAGEM GÁSTRICA	R\$ 27,83
LAVAGEM INTESTINAL	R\$ 27,83
MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	R\$ 150,00
MAPA 24H	R\$ 150,00
MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 25,00
MARCA PASSO EXTERNO (TEMPORÁRIO)	R\$ 139,15
MIC	R\$ 105,00
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 202,40
MICROSCÓPIO OFTÁLMICO	R\$ 202,40
ÓXIDO NITROSO (PROTOXIDO DE AZOTO) - LITRO	R\$ 0,20
OXIGENIO - HORA	R\$ 27,83
PAQUÍMETRO	R\$ 45,00
RAIO X - SALA CIRÚRGICA	R\$ 37,95
REED-ESTOMAGO,ESÔFAGO E DUODENO	R\$ 400,00
REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE	R\$ 18,98
RESPIRADOR DE VOLUME	R\$ 12,65
RETINÓGRAFO	R\$ 50,60
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 360,00
SALA COLONOSCOPIA	R\$ 41,75
SALA DE ENDOSCOPIA	R\$ 41,75
SALA DE GESSO	R\$ 44,28
SALA FIBRO-NASO	R\$ 41,75
TAXA BOX/HORA	R\$ 6,33
TAXA DE CURATIVO	R\$ 37,95
TAXA DE OBSERVAÇÃO (ATÉ 12 HORAS)	R\$ 17,71
TAXA DOCUMENTAÇÃO INTERNA	R\$ 46,81
TAXA SALA PORTE 0	R\$ 97,41
TAXA SALA PORTE 1	R\$ 222,64
TAXA SALA PORTE 2	R\$ 335,23
TAXA SALA PORTE 3	R\$ 442,75
TAXA SALA PORTE 4	R\$ 562,93
TAXA SALA PORTE 5	R\$ 670,45
TAXA SALA PORTE 6	R\$ 784,30

TAXA SALA PORTE 7	R\$ 898,15
TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
TILT TEST	R\$ 550,00
TOPOGRAFIA	R\$ 60,00
TX BOX/HORA	R\$ 6,33
URETROCISTOGRAFIA	R\$ 500,00
URODINÂMICA	R\$ 202,40
URODINÂMICA ADULTO	R\$ 490,00
URODINÂMICA CRIANÇA INCLUSO	R\$ 780,00
UTI ADULTO	R\$ 1.470,00
VIDEO ARTROSCOPIO CIRURGICO	R\$ 278,30
VÍDEO HISTEROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 474,38
VÍDEO HISTEROSCÓPIO DIAGNÓSTICO	R\$ 151,80
VÍDEO LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO	R\$ 632,50
VIDEO URETEROSCOPIO	R\$ 632,50
VIDEOCIRURGIA-USO APARELHO	R\$ 316,25
VITRÉOGRAFO	R\$ 50,60

PROCEDIMENTO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
ANGIO TOMOGRAFIA (JEJUM 5 HORAS) CADA SEGUIMENTO	R\$ 650,00	ADIÇÃO DE R\$100,00
TC CRÂNIO / SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC OUVIDOS / MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC SEIOS DA FACE / FACE / ART. ATM	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC TÓRAX	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC DE Pelve / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC ARTICULAÇÃO (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, ETC.)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC SEG. APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, ETC.)	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC TÓRAX ALTA RESOLUÇÃO	R\$ 195,00	ADIÇÃO DE R\$150,00
TC ABDOME TOTAL	R\$ 450,00	
TC DE ATM/ ART. TEMPERO-MANDIBULAR	R\$ 250,00	



TC DE BRAÇO	R\$ 250,00	
TC DE VIAS URINÁRIAS/ UROTOMOGRÁFIA	R\$ 450,00	
TC SACRO-COCCIX	R\$ 250,00	
TC SACRO-ILIACA	R\$ 250,00	
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. COM CONTRASTE	
TC CRÂNIO / SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 220,00	
TC TÓRAX	R\$ 220,00	
TC ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 220,00	
TC DE Pelve / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 220,00	
TC COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TÓRAX, ETC.)	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 220,00	
ANGIO TOMOGRÁFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 590,00	

RESSONÂNCIA		
PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
ARTICULAÇÃO TEMPORO – MANDIBULAR (ATM)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME SUPERIOR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME INFERIOR (JEJUM 4S/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME TOTAL (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 800,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ARTRO RM	R\$ 600,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
BACIA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
BRAÇO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLANGIORESSONÂNCIA (JEJUM 6 HS)	R\$ 550,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA CERVICAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA DORSAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COLUNA LOMBAR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

COLUNA TOTAL	R\$ 1.300,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COTOVELO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COCCIX / SACROCOCCIX	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
COXO-FEMORAL / COXA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRÂNIO (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
FACE	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
HIPOFISE/ SELA TÚRCICA (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
JOELHO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MÃO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MASTOIDES / OUVIDOS (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MAXILAR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO SUPERIOR ÓRBITAS (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
OSSOS TEMPORAIS	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
OMBRO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PLEXO BRAQUIAL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉ	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PERNA	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PELVE (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PESCOÇO (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

QUADRIL	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PRÓSTATA (JEJUM 4HS/ PREPARO INTESTINAL)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PUNHO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
SACRO-ILÍACAS	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
TORAX (JEJUM 4 HS)	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
TORNOZELO	R\$ 450,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

ANGIORESSONÂNCIA (JEJUM 4 HS)

PROCEDIMENTO	VALOR UNIT. SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
AORTA ABDOMINAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
AORTA TORACICA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
ABDOME ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRANIO ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CRANIO VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CERVICAL/ PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
CERVICAL/ PESCOÇO VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
MEMBRO SUPERIOR	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PULMONAR ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PULMONAR VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉLVICA VENOSA	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00
PÉLVICA ARTERIAL	R\$ 500,00	ACRÉSCIMO DE R\$100,00

CONSULTAS ESPECIALIDADE MÉDICAS

ESPECIALIDADE	VALOR
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA	R\$ 175,00
ANGIOLOGIA	R\$ 175,00
CARDIOLOGISTA – CONSULTA SIMPLES, PRÉ OP OU RISCO CIRÚRGICO	R\$ 200,00
CIRURGIA GERAL	R\$ 175,00



64 / 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

CIRURGIA PLÁSTICA	R\$ 175,00
CIRURGIA VASCULAR	R\$ 175,00
CLÍNICO GERAL DERMATOLOGIA	R\$ 175,00
ENDOCRINOLOGIA	R\$ 175,00
FISIOTERAPIA	R\$ 175,00
FONOAUDIOLOGIA	R\$ 175,00
GASTROPEDIATRA	R\$ 175,00
GASTROENTEROLOGIA	R\$ 175,00
GERIATRIA	R\$ 175,00
GINECOLOGIA	R\$ 175,00
HANSENOLOGIA	R\$ 175,00
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	R\$ 175,00
HEPATOLOGIA INFECTOLOGIA MASTOLOGIA	R\$ 175,00
MEDICINA DA FAMILIA	R\$ 175,00
NEFROLOGIA	R\$ 175,00
NEUROLOGIA	R\$ 175,00
NUTRICIONOLOGIA	R\$ 175,00
NUTROLOGIA OBSTETRICIA OFTAMOLOGIA	R\$ 175,00
ONCOLOGIA	R\$ 175,00
OFTALMOLOGISTA	R\$ 150,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	R\$ 175,00
OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 175,00
PEDIATRA	R\$ 175,00
PNEUMOLOGIA PROCTOLOGIA PSIQUIATRIA	R\$ 175,00
REUMATOLOGIA	R\$ 175,00
UROLOGIA	R\$ 175,00

ULTRASSONOGRAFIA	
EXAME	VALOR
ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 200,00
ABDOMEN TOTAL	R\$ 250,00
ANTEBRAÇO	R\$ 90,00
ANTEBRAÇO DIREITO OU ESQUERDO	R\$ 145,00
APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BIXIGA) AMBOS OS SEXOS	R\$ 200,00
ARCOS COSTAIS (COSTELAS)	R\$ 90,00
ARTICULAÇÃO	R\$ 90,00
AXILA	R\$ 90,00
BOLSA ESCROTAL	R\$ 90,00
BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 145,00
BRAÇO DIREITO OU ESQUERDO	R\$ 145,00
CERVICAL	R\$ 200,00



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

COTOVELO	R\$ 90,00
COXA DIREITA OU ESQUERDA	R\$ 145,00
CRÂNIO TRANSFONTANELAS	R\$ 145,00
DOOPLER COLORIDO DE VASOS (CADA MEMBRO INFERIORES E SUPERIORES	R\$ 200,00
DOPPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA (RINS, MASSA, NODULO)	R\$ 200,00
DOPPLER DE CADA SEGUIMENTO	R\$ 210,00
DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 200,00
ECODOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR	R\$ 225,00
ECODOPPLER COLORIDO DE VENOSO DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES	R\$ 225,00
ECODOPPLER DE PÊNIS	R\$ 225,00
ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 135,00
GLANDULAS SALIVARES	R\$ 90,00
HIPOCONDRIÓ DIRETO (FIGADO, VESÍCULA, VIAS-BILARES, PÂNCREAS)	R\$ 90,00
JOELHO	R\$ 90,00
MAMAS	R\$ 90,00
MÃO DIREITA OU ESQUERDA	R\$ 145,00
MEMBRO INFERIOR	R\$ 90,00
MEMBRO SUPERIOR	R\$ 90,00
MORFOLÓGICO DE 1 TRIMESTRE COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 250,00
MORFOLÓGICO DE 1 TRIMESTRE COM TRANSLUCENCIA NUCAL (GEMELAR)	R\$ 400,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE	R\$ 300,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE (GEMELAR)	R\$ 500,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E DOPPLER	R\$ 350,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E DOPPLER (GEMELAR)	R\$ 600,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E TRANSVAGINAL	R\$ 350,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE E TRANSVAGINAL (GEMELAR)	R\$ 600,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE, TRANSVAGINAL E DOPPLER	R\$ 450,00
MORFOLÓGICO DO SEGUNDO TRIMESTRE, TRANSVAGINAL E DOPPLER (GEMELAR)	R\$ 700,00
OBSTETRICO	R\$ 150,00
OBSTETRICO COM DOPPLER	R\$ 250,00
OBSTETRICO E PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER	R\$ 350,00
OBSTETRICO ENDOVAGINAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 250,00
OBSTETRICO PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 250,00
PAREDE ABDOMINAL INCLUI TODA A PAREDE ABDOMINAL	R\$ 150,00
PARÓTIDAS	R\$ 90,00
PARTES MOLES	R\$ 90,00
PELVICO AMBOS OS SEXOS	R\$ 150,00
PELVICO TRANSVAGINAL	R\$ 200,00

PESCOCO	R\$ 90,00
PRÓSTATA	R\$ 90,00
PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 200,00
PUNHO	R\$ 90,00
QUADRIL	R\$ 90,00
TIREOIDE	R\$ 90,00
TORAX	R\$ 90,00
TORNOZELO	R\$ 90,00
TRANSFONTANELA	R\$ 90,00
TRANSVAGINAL	R\$ 150,00
TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 250,00
TRANSVAGINAL PRIMEIRO TRIMESTRE	R\$ 200,00

RAIOX	VALOR
COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. - OBLIQUAS	R\$ 40,25
COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O. OU FLEXAO	R\$ 40,25
COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL	R\$ 40,25
COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS E COM SELETIVAS PARA L5 S1	R\$ 57,50
COLUNA LOMBO-SACRA 3 INC	R\$ 40,25
COLUNA PARA ESCOLIOSE: P. A. - LATERAL	R\$ 51,75
COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORAMICA	R\$ 345,00
COSTELAS- POR HEMITORAX	R\$ 40,25
COTOVELO	R\$ 40,25
COXA	R\$ 40,25
CRANIO P. A. LAT	R\$ 40,25
CRANIO P. A. LAT- BRETTON	R\$ 46,00
CRANIO P. A. LAT. OBL OU BRETTON - HIRTZ	R\$ 54,05
CALCANEIO	R\$ 40,25
JOELHO: A.P. - LATERAL	R\$ 40,25
MAO OU QUIRODACTILOS	R\$ 40,25
MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 40,25
MAXILAR INFERIOR: P. A - OBLIQUAS	R\$ 40,25
PERNA	R\$ 40,25
OSSOS DA FACE: M.N. - F.N. LAT - HIRTZ	R\$ 40,25
PE OU PODODACTILOS	R\$ 40,25
PUNHO A.P. - LAT - OBLIQUAS	R\$ 40,25
SEIOS DA FACE: 75 F.N. - M.N. LAT	R\$ 40,25
OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL	R\$ 40,25
TORAX - 2 INC	R\$ 40,25
TORAX P.A INS E EXP - LAT	R\$ 46,00



TORAX: P. A	R\$ 40,25
TORAX: P.A LAT. - OBLIQUAS	R\$ 57,50
ANTEBRACO	R\$ 40,25

LABORATORIO	
EXAME	VALOR
1.25-DIHIIDROXI VITAMINA D	R\$ 51,75
17 - ALFA OH- PROGESTERONA HIDROXIPROGESTERONA RIE	R\$ 28,75
17- CETOGENICOS 17- CGS	R\$ 51,75
17- CETOSTEROIDES TOTAIS 17-CTS	R\$ 51,75
5-NUCLEOTIDASE	R\$ 19,39
ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO PARA CHUMBO INORGANICO	R\$ 17,25
ACIDO FENILGLIOXILICO PARA ESTIRENO	R\$ 17,25
ACIDO FENILPIRUVICO OU FENILANINA SANGUE DOSAGEM DE	R\$ 17,25
ACIDO FOLICO RIE	R\$ 23,00
ACIDO HIPURICO PARA TOLUENO	R\$ 23,00
ACIDO HOMOGENISICO DOSAGEM DE	R\$ 17,25
ACIDO LATICO	R\$ 14,95
ACIDO MANDELICO PARA ESTIRENO	R\$ 23,00
ACIDO METILHIPURICO PARA XILENOS	R\$ 23,00
ACIDO OXALICO	R\$ 143,75
ACIDO URICO	R\$ 14,95
ACIDO VALPROICO	R\$ 23,00
ACIDO VANIL MANDELICO	R\$ 155,25
ADENOSINA	R\$ 46,00
ADENOVIRUS RFC PARA	R\$ 69,00
ADRENOCORTICOTROFICO ACTH HORMONIO RIE	R\$ 23,00
ADRENOCORTICOTRÓFICO, HORMÔNIO (ACTH)	R\$ 57,50
ALBUMINA	R\$ 14,95
ALDOLASE	R\$ 17,25
ALDOSTERONA RIE	R\$ 34,50
ALFA- FETOPROTEINA IDR OU RIE	R\$ 23,00
ALFA-1- ANTITRIPSINA	R\$ 17,25
ALFA-1- ANTITRIPSINA CLEARENCE FECAL DA	R\$ 92,00
ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 17,25
ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 57,50
ALUMINIO	R\$ 28,75
AMEBIASE RFC OU IFI OU HA PARA	R\$ 86,25



AMILASE	R\$ 14,95
AMONIA	R\$ 132,25
ANDROSTENEDIONA RIE	R\$ 23,00
ANTICORPO HTLV - III HIV EIE	R\$ 34,50
ANTICORPOS ANTI - ENA HA PARA	R\$ 155,25
ANTICORPOS ANTI SM	R\$ 17,25
ANTICORPOS ANTI SS-B LA	R\$ 28,75
ANTICORPOS ANTI-CELULAS PARIETAIS IFI PARA	R\$ 28,75
ANTICORPOS ANTI-DNA IFI OU HA PARA	R\$ 28,75
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO C DA HEPATITE B ANTI HBC	R\$ 17,25
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DA HEPATITE B ANTI HBE	R\$ 17,25
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE DA HEPATITE B ANTI HBS	R\$ 17,25
ANTICORPOS HEPATITE C - ANTI HCV	R\$ 34,50
ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 23,00
ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO C DA HEPATITE B ANTI-HBC-IGM	R\$ 23,00
ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 28,75
ANTICORPOS RNP	R\$ 23,00
ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES PESQUISA DE INCLUI MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE DE 37O E TES	R\$ 17,25
ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES COM PAINEL HEMACIAS IDENTIFICACAO DE	R\$ 23,00
ANTI-DESOXIRIBONUCLEASE B NEUTRALIZACAO QUANTITATIVA PARA	R\$ 92,00
ANTI-ESCLERODERMA SCL 70	R\$ 28,75
ANTI-ESTREPTOLISINA O ASLO DETERMINACAO QUANTITATIVA DE	R\$ 17,25
ANTI-GARDIOLIPINA IGA / IGG / IGM CADA	R\$ 28,75
ANTIGENO E DE HEPATITE B HBE AG	R\$ 17,25
ANTIGENO AUSTRALIA HBS AG RIE OU EIE PARA	R\$ 46,00
ANTIGENO AUSTRALIA HBSAG	R\$ 17,25
ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO RIE OU EIE PARA	R\$ 17,25
ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 31,05
ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 51,06
ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA)	R\$ 31,05
ANTIGENO METILICOS SOLUVEIS DO BCG 1 APLICACAO	R\$ -
ANTIGENO NS1 DO VÍRUS DA DENGUE, PESQUISA	R\$ 46,00
ANTI GLIADINA (GLUTEN) - IGA	R\$ 28,75
ANTI GLIADINA (GLUTEN) IGG	R\$ 28,75
ANTITROMBINA III DOSAGEM DE	R\$ 34,50
APOLIPOPROTEINA A OU B CADA E OUTRAS POR TURBIDIMETRIA CINETICA	R\$ 17,25
ARCOS ZIGOMATICOS MALAR ESTILOIDES A P. - OBLIQUAS	R\$ 42,55

BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 32,20
BRUCELA IGG	R\$ 51,75
BRUCELA IGM	R\$ 57,50
CALCIO IONICO	R\$ 14,95
CALCIO SERICO	R\$ 14,95
CALCITONINA RIE	R\$ 34,50
CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 17,25
CARBAMAZEPINA EIE	R\$ 28,75
CARBOXIHEMAGLOBINA DETERMINACAO DE	R\$ 23,00
CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA CETE TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	R\$ 93,15
CAXUMBA RFC PARA IGG / IGM CADA	R\$ 40,25
CELULAS LE PESQUISA DE	R\$ 17,25
CERULOPLASMINA	R\$ 17,25
CH50 OU COMPLEMENTO SERICO TOTAL CH100	R\$ 15,24
CHAGAS IFI PARA	R\$ 17,25
CHAGAS REACAO DE IFI HA E RFC REACAO SOROLOGICAS PARA	R\$ 23,00
CHAGAS IGG	R\$ 17,25
CHAGAS, HA PARA	R\$ 9,28
CHAGAS,IGM	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS RFC OU IFI PARA	R\$ 19,11
CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS IGM - ESPECIFICA EIE	R\$ 23,00
CLAMIDIA RFC PARA	R\$ 28,75
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 17,25
CLEARANCE DE UREIA	R\$ 17,25
CLONAZEPAM METHOTREXATE OU OUTROS	R\$ 120,75
CLORETOS	R\$ 14,95
COAGULOGRAMA TS TC PROVA DO LACO RETRACAO DO COAGULO CONTAGEM DE PLAQUETAS TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 32,20
COBRE	R\$ 17,25
COLESTEROL HDL	R\$ 14,95
COLESTEROL LDL	R\$ 14,95
COLESTEROL TOTAL	R\$ 14,95
APOLIPOPROTEINA A OU B CADA E OUTRAS POR TURBIDIMETRIA CINETICA	R\$ 17,25
ARCOS ZIGOMATICOS MALAR ESTILOIDES A P. - OBLIQUAS	R\$ 42,55
BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 32,20
BRUCELA IGG	R\$ 51,75

BRUCELA IGM	R\$ 57,50
CALCIO IONICO	R\$ 14,95
CALCIO SERICO	R\$ 14,95
CALCITONINA RIE	R\$ 34,50
CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 17,25
CARBAMAZEPINA EIE	R\$ 28,75
CARBOXIHEMAGLOBINA DETERMINACAO DE	R\$ 23,00
CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA CETE TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	R\$ 93,15
CAXUMBA RFC PARA IGG / IGM CADA	R\$ 40,25
CELULAS LE PESQUISA DE	R\$ 17,25
CERULOPLASMINA	R\$ 17,25
CH50 OU COMPLEMENTO SERICO TOTAL CH100	R\$ 15,24
CHAGAS IFI PARA	R\$ 17,25
CHAGAS REACAO DE IFI HA E RFC REACAO SOROLOGICAS PARA	R\$ 23,00
CHAGAS IGG	R\$ 17,25
CHAGAS, HA PARA	R\$ 9,28
CHAGAS,IGM	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS RFC OU IFI PARA	R\$ 19,11
CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 17,25
CITOMEGALOVIRUS IGM - ESPECIFICA EIE	R\$ 23,00
CLAMIDIA RFC PARA	R\$ 28,75
CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 17,25
CLEARANCE DE UREIA	R\$ 17,25
CLONAZEPAM METHOTREXATE OU OUTROS	R\$ 120,75
CLORETOS	R\$ 14,95
COAGULOGRAMA TS TC PROVA DO LACO RETRACAO DO COAGULO CONTAGEM DE PLAQUETAS TEMPO DE PROTOMBINA	R\$ 32,20
COBRE	R\$ 17,25
COLESTEROL HDL	R\$ 14,95
COLESTEROL LDL	R\$ 14,95
COLESTEROL TOTAL	R\$ 14,95
COLESTEROL VLDL	R\$ 14,95
COLINESTERASE	R\$ 19,39
COMPLEMENTO CH50 DOSAGEM DO	R\$ 23,00
COMPLEMENTO C3 IDR PARA	R\$ 17,25
COMPLEMENTO C4 IDR PARA	R\$ 17,25
COMPOSTO S 11 DESOXYCORTISOL	R\$ 109,25

COOMBS DIRETO	R\$ 17,25
COOMBS INDIRETO - INCLUI O QUANTITATIVO	R\$ 20,70
COPROPORFIRINA III DOSAGEM DE	R\$ 23,00
COPROPORFIRINAS PARA CHUMBO INORGANICO	R\$ 23,00
CORTISOL RIE CADA AMOSTRA	R\$ 17,25
CORTISOL LIVRE	R\$ 23,00
CREATINA	R\$ 28,75
CREATININA	R\$ 14,95
CREATINO FOSFOQUINASE	R\$ 14,95
CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB	R\$ 14,95
DENGUE IGG E IGM PARA	R\$ 46,00
DENSIOMETRIA DUO ENERGETICA CORPO INTEIRO	R\$ 151,73
DENSIOMETRIA OSSEA DUO ENERGETICA SEGMENTO	R\$ 176,09
DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 117,21
DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 155,25
DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 126,50
DESIDROGENASE LATICA	R\$ 14,95
DESIDROGENASE LATICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 184,00
DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 56,97
DETERMINACAO DA MECANICA VENTILATORIA - VENTILACAO VOLUNTARIA MAXIMA	R\$ 20,77
DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 58,98
DETERMINACAO DO FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 56,97
DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	R\$ 37,95
DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	R\$ 37,95
DIGITOXINA RIE	R\$ 80,50
DIMERO D PESQUISA E OU DOSAGEM	R\$ 126,50
DOSAGEM IGE TOTAL	R\$ 17,25
DOSAGEM PEPTIDEO C	R\$ 23,00
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 34,50
ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,25
ELETROFORESE DE PROTEINAS COM CONCENTRACAO	R\$ 17,25
ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS COM CONCENTRACAO	R\$ 74,75
EPSTEIN-BARR PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS IGG OU IGM CADA	R\$ 28,75
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 17,25
ESTRADIOL RIE	R\$ 17,25
ESTRIOL RIE	R\$ 23,00
ESTRONA RIE	R\$ 46,00

ETANOL	R\$ 28,75
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL	R\$ 46,00
FALCIZACAO TESTE DE	R\$ 17,25
FATOR II DOSAGEM DO	R\$ 166,75
FATOR IX DOSAGEM DO	R\$ 86,25
FATOR REUMATOIDE	R\$ 14,95
FATOR REUMATOIDE TESTE DO LATEX PARA	R\$ 17,25
FATOR V DOSAGEM DO	R\$ 86,25
FENOBARBITAL	R\$ 28,75
FENOL POR CROMATOGRAFIA PARA BENZENO FENOL	R\$ 18,16
FERRITINA	R\$ 17,25
FERRO SERICO	R\$ 17,25
FEZES CULTURA P CAMPILOBACTER OU YERSINIA ENTEROCOLITICA CADA	R\$ 40,25
FEZES CULTURA PARA SALMONELLA SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS SOROLOGIA INCLUIDA	R\$ 40,25
FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 17,25
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 14,95
FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	R\$ 138,00
FOSFOLIPIDIOS	R\$ 51,75
FOSFORO	R\$ 14,95
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 14,95
GASOMETRIA HB HT NA K CL CA GLICOSE NO GASOMETRO	R\$ 126,50
GASOMETRIA PH PCO2 PO2 BIC SA.02 EXCESSO BASE	R\$ 126,50
GASOMETRIA ARTERIAL APOS 02 A 100	R\$ 36,80
GASTRINA RIE	R\$ 28,75
GLICEMIA POS PRANDIAL	R\$ 14,95
GLICOSE	R\$ 14,95
GLICOSE -6 -FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 23,00
GLOBO OCULAR	R\$ 95,45
GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA TBG	R\$ 40,25
GONADOTROFINA CORIONICA B-HCG RIE OU EIE	R\$ 17,25
GONADOTROFINA CORIONICA B-HCG RIE OU EIE	R\$ 17,25
GRUPO SANGÜINEO ABO DETERMINACAO DO FATOR RH	R\$ 14,95
HEMACIAS CONTAGEM DE	R\$ 17,25
HEMACIAS FETAIS PESQUISA DE	R\$ 46,00
HEMATOCRITO DETERMINACAO DO	R\$ 14,95
HEMOGLOBINA DOSAGEM DE	R\$ 14,95
HEMOGLOBINA ELETROFORESE EM GEL AMIDO OU ACETATO DE CELULOSE	R\$ 28,75

HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 23,00
HEMOGLOBINA GLICADA (FRACAO A1C)	R\$ 17,25
HEMOGRAMA C/ CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 14,95
HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 34,50
HIV1 + HIV2 DETERMINACAO CONJUNTA	R\$ 17,25
HORMONIO ANTIDIURETICO VASOPRESSINA	R\$ 138,00
HORMÔNIO GONODOTROFICO CORIONICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG), DOSAGEM	R\$ 23,00
IGA IDR PARA	R\$ 17,25
IGE PARA ACIDO BENZOICO	R\$ 103,50
IGE POR ALERGENO - CADA	R\$ 28,75
IGG IDR PARA	R\$ 17,25
IGM IDR PARA	R\$ 17,25
LIPASE	R\$ 17,25
LIPIDIOS TOTAIS	R\$ 14,95
LIPIDOGRAMA COMPLETO INCLUI LIPIDIOS COLESTEROL TRIGLICERIDIOS ELETROFORESE DE LIPO-PROTEINAS	R\$ 33,35
LISTERIOSE REACAO DE AGLUTINACAO PARA	R\$ 92,00
LITIO	R\$ 17,25
LUTEINIZANTE HORMONIO LH RIE	R\$ 17,25
MAGNESIO	R\$ 14,95
PROTEINA C REATIVA QUALITATIVA PESQUISA	R\$ 14,95
POTASSIO	R\$ 14,95
PROTEINAS TOTAIS	R\$ 14,95
PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 32,20
SODIO	R\$ 14,95
PROTEINA C REATIVA	R\$ 14,95
PROTEINA C REATIVA DETERMINACAO QUANTITATIVA DE	R\$ 32,20
ROTINA DE URINA CARACTERES FISICOS ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA	R\$ 14,95
SELENIO	R\$ 28,75
T-3 LIVRE	R\$ 17,25
T4 LIVRE	R\$ 14,95
TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 14,95
TEMPO DE TROMBINA	R\$ 34,50
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO	R\$ 14,95
TESTE RAPIDO COVID-19	R\$ 138,00
TESTE RAPIDO PARA DENGUE	R\$ 46,00
TESTE TOLERANCIA E INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS 6 DOSAGENS	R\$ 33,47



TESTOSTERONA LIVRE RIE	R\$ 23,00
TESTOSTERONA TOTAL RIE	R\$ 14,95
TIREOESTIMULANTE HORMONIO TSH RIE	R\$ 14,95
TIREOESTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH)	R\$ 14,95
TIREOGLOBULINA - RIE DOSAGEM DE	R\$ 28,75
TIROXINA T- 4 RIE TOTAL	R\$ 14,95
TIROXINA LIVRE RIE (T4 LIVRE)	R\$ 14,95
TRIGLICERÍDIOS	R\$ 14,95
TROPONINA I	R\$ 51,75
UREIA	R\$ 14,95
VDRL INCLUSIVE QUANTITATIVO REACAO DE OU OUTROS SIMILARES	R\$ 17,25
URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS CULTURA DE INCLUI ANTIBIOGRAMA QUANDO NECESSARIO	R\$40,25
VITAMINA A, DOSAGEM	R\$ 69,00
VITAMINA B12	R\$ 17,25
VITAMINA B-12 RIE TOTAL	R\$ 17,25
VITAMINA D3 - 25 - DIHIDROXI	R\$ 23,00
WAALER-ROSE FATOR REUMATOIDE TESTE DE	R\$ 17,25
ZINCO PARA ZINCO	R\$ 17,25



ANEXO IV
**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOR IMPEDITIVO
DE HABILITAÇÃO**

O(a) contratado(a) _____, CNPJ/CPF nº _____, representada pelo(a) Sr.(a) _____ (NO CASO DE PESSOA JURÍDICA), portador(a) do CPF/MF nº _____ (NO CASO DE PESSOA FÍSICA), DECLARA, para fins legais, a inexistência de impedimentos para contratar com a administração pública, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Por ser verdade, firmo a presente.

Corumbáiba, ____ de _____ de 2025.

Assinatura
Carimbo (NO CASO DE PESSOA JURÍDICA)



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E CONCORDÂNCIA

Declaro para todos os fins que as informações e documentos apresentados são verdadeiros, bem como que concordo com as cláusulas estabelecidas no Edital de Chamada Pública nº 002/2025 da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbáiba/GO.

Por ser verdade, firmo a presente.

Corumbáiba, _____ de _____ de 2025.

Assinatura



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

ANEXO VI
**DECLARAÇÃO, DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII,
DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

A empresa _____, CNPJ nº _____, representada pelo(a) Sr.(a) _____, portador(a) do CPF/MF nº _____, DECLARA, para fins legais, que não possui no seu quadro de funcionários, menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos em cumprimento ao disposto no art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal de 1988.

Por ser verdade, firmo a presente.

Corumbáiba, ____ de _____ 2025.

Assinatura e carimbo

ANEXO VIII

JUSTIFICATIVA DE PREÇO

1 – INFORMAÇÕES BÁSICAS

Área Requisitante: Fundo Municipal de Saúde

Modalidade: Chamada Pública – Tipo Credenciamento 002/2025

Processo Administrativo: 1234/2025

Vigência da contratação: 12 meses, podendo ser prorrogável através de aditivo, na forma da Lei nº 14.133, de 2021.

2 – OBJETO

Chamada pública para Credenciamento de clínicas médicas, hospitais, e demais pessoas jurídicas para área da saúde para procedimentos Hospitalares, para atendimento das necessidades de saúde da população do município de Corumbáiba.

3 – DO INTERESSADO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBAÍBA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4 – DA BASE LEGAL

O presente certame reger-se-á pela Lei Federal nº. 14.133, de 01 de abril de 2021, Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, Decreto Municipal nº 044/2025 e demais legislações pertinentes.

5 – DA JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde, em face da necessidade da contratação de especialidades médicas e prestadores de serviços, de pessoa jurídicas e/ou físicas, para manter os trabalhos administrativos e operacionais rotineiros dos setores de saúde. Bem como manter os serviços públicos em níveis aceitáveis ao funcionamento dos trabalhos, para o cumprimento de suas finalidades com eficiência continuidade e economia.

Diante deste contexto faz-se urgente a complementariedade dos serviços oferecidos pelo SUS de Corumbáiba, com a contratação de especialidades médicas e prestadores de serviços, de pessoa jurídicas e/ou físicas, para manter os trabalhos administrativos e operacionais rotineiros dos setores de saúde através de credenciamento.

Os preços unitários da contratação foram estabelecidos conforme critério da Secretaria Municipal de Saúde, levando em consideração pesquisa de preços realizada com empresas do ramo pertinente, a qual foi utilizado os valores médicos, hospitalares e de procedimentos.



64/ 3447-7000



Rua Simon Bolívar, Nº 58 - Centro

4 – DA JUSTIFICATIVA DE PREÇO

A gestora do Fundo Municipal de Saúde, verifico mediante as informações apresentadas, que se trata de valor compatível com os valores praticados no mercado, portanto, pertinente a média estimada de preços para contratação.

Ressaltando, que conforme a Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, estabelece:

Art. 26 – Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento de remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Dessa forma, em princípio, a remuneração dos serviços prestados por particulares, visando à complementação dos serviços prestados pelo Estado, deverão atender aos parâmetros fixados pelo SUS, entretanto, não se vislumbra qualquer óbice para que o Município estabeleça preços acima dos mínimos, em razão de características locais e visando atrair um número maior de profissionais.

Nesse sentido, a Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde, expõe:

Art. 4º [...] Parágrafo único – No tocante aos critérios e valores para a remuneração dos serviços privados, o órgão competente da direção nacional do Sistema Único elaborará tabela de preços mínimos dos procedimentos médicos e hospitalares, podendo, entretanto, o Município ou o Estado, no contrato celebrado com o setor privado de fins lucrativos, não lucrativos ou filantrópicos, estabelecer preços acima dos mínimos, em razão das necessidades e disponibilidades materiais e financeiras da respectiva esfera de governo.

A propósito, esclareça-se que os Municípios, ao adotarem valores diferentes dos mínimos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, deverão empregar recursos próprios e verificar os limites de despesas estabelecidas nas leis orçamentárias locais.

É o que estabelece a Portaria nº 1.606/2001, também do Ministério da Saúde:

Art. 1º. Definir que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração dos serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação

financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.

Logo, está demonstrado a previsão legal para o Município estabelecer valores acima do mínimo fixado pelo Sistema Único de Saúde para os serviços de saúde.

5 – DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Isto posto, uma vez revestido das formalidades legais e necessárias, pelo presente, JUSTIFICO necessidade de abertura de processo licitatório por Chamamento Público, Inexigibilidade, bem como o preço estabelecido, na resolução nº 02/2025, aprovada pelo conselho municipal de saúde.

ZAINY LELYMAR ANDRADE
Gestora do FMS

ANEXO IX

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

MINUTA DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBAÍBA-GO, pessoa jurídica de direito público interno com endereço situado à Rua Dr. Pedro Ludovico, s/nº, Centro, Corumbáiba - GO, inscrito no CNPJ sob o nº 11.170.888/0001-27, representado por sua Gestora, a Secretária Municipal de Saúde, **ZAINY LELYMAR ANDRADE**, brasileira, solteira, portadora da Cédula de Identidade (RG) nº MG-21.577.313-PC/MG, inscrita no CPF/MF sob o nº 938.283.221-15, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado, **XXXXXXXXXXXXXXXXXX (qualificação)**, resolvem firmar o presente contrato, decorrente do Edital de Chamada Pública nº 001/2025, cujo Edital fica fazendo parte integrante deste, mediante cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O objeto deste Edital é o credenciamento, seleção e possível contratação de **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, para prestação de serviços de **xxxxxxxxxxxxxxxxxx**, conforme Termo de Referência.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente contrato será regido na íntegra pela Constituição Federal, seguintes; Lei 14.133/21 e alterações e demais normas da legislação vigente aplicável.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO TETO FINANCEIRO

O valor mensal do teto financeiro será de até R\$ **XXXXX**, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública nº 001/2025.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de **xxxx** do Fundo Municipal de Saúde de Corumbáiba, conforme descrito na Cláusula Terceira deste Termo, com as seguintes características: Órgão: Funcional: Projeto/Atividade: Elemento da Despesa: Fonte de Recursos:

CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital:

- a) Atender os pacientes agendados pela rede municipal de saúde de Corumbáiba – GO, em dia e horário previamente acordados com a Coordenação de Regulação, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, devendo haver distribuição total dos horários necessários para cobrir o teto financeiro recebido;
- b) Oferecer atendimento igualitário entre os pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
- c) Prestar os serviços através de profissionais pertencentes aos quadros da Contratada, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;
- d) Não transferir a outrem as obrigações assumidas no contrato, salvo autorização, por escrito, da SMS, sob pena de rescisão do contrato;
- e) Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a SMS;
- f) Apresentação da produção mensal;
- g) Realização de vistorias técnicas a critério do Contratante.

CLÁUSULA SEXTA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO

- a) Após fechamento da produção mensal, que será validado e pago após a conferência com o relatório entregue à Secretaria Municipal de Saúde.
- b) O relatório de produção mensal deverá ser entregue a Secretaria Municipal de Saúde, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço;
- c) A partir do relatório da Secretaria Municipal de Saúde, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal no protocolo da Prefeitura Municipal para ser encaminhado à Controladoria para " aceite" e posterior pagamento pelo Departamento de Finanças;
- e) O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pelo Contratante, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços efetivamente prestados.

Parágrafo Único: A Nota Fiscal será emitida com o valor correspondente ao relatório emitido mensalmente pelo Contratante.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do contrato a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções, sem prejuízo daquelas previstas no art. 156 da Lei Federal nº. 14.133/21:

- a) pelo atraso injustificado no fornecimento dos serviços, ficará a CONTRATADA sujeita a multa de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento) ao dia, do valor da obrigação, se o atraso for até 30(trinta) dias. Excedido este prazo, a multa será em dobro;
- b) pela inexecução total ou parcial do Contrato, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as sanções previstas nos incisos I, II e IV do art. 87 da Lei Federal nº 14.133/21 e multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor dos serviços não prestados;
- c) as multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a outra;
- d) multa correspondente à diferença de preço resultante da nova licitação realizada para complementação ou realização da obrigação não cumprida;
- e) aplicadas as multas, a CONTRATANTE descontará do primeiro pagamento que fizer à CONTRATADA, após a sua imposição.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DE PREÇO

Os preços serão sempre aqueles praticados na "Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS", e os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela, também obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA NONA – DA SUSPENSÃO POR INTERESSE DO CONTRATANTE

O Contratante poderá, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à Contratada, conforme preceitua a Lei n.º 14.133/21 em seu artigo 137, § 2º, inciso II.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FISCAL DO CONTRATO

O Contratante designa a servidora, matrícula nº , para atuar como fiscal responsável pela execução do presente contrato, conforme determina o artigo 117 da Lei nº. 14.133/21.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

O prazo do contrato terá vigência de xxxxxx meses, nos termos do Inciso III do artigo 105 da Lei 14.133/21 e demais legislações vigentes, podendo ser prorrogado por outros períodos, mediante termo aditivo.



CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo deverá ser publicado, em extrato, no Placard e no site do município, bem como no portal do CNPP.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Este contrato poderá ser alterado, exceto em seu objeto, nos casos previstos no artigo 124 da Lei nº 14.133/21, através de Termos Aditivos e por acordo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

O presente contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 124 da Lei nº 14.133/21. Parágrafo Único: Os casos da rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Corumbáiba, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa.

E, por estarem acordes, assinam o presente Termo na presença de duas testemunhas, na forma da Lei.

Corumbáiba, de.....de 2025.

(NOME)
CREDENCIADO(A)
Conferido e de acordo:
(integrantes do corpo técnico do PERMITENTE)

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: