



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2020

**CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAL(IS)
E PRESTADORES/PESSOA(S) JURÍDICA(S)
DA ÁREA DE SAÚDE, CONFORME TABELA
DE REFERÊNCIA PARA PRESTAÇÃO AO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
ANHANGUERA - GOIÁS**





EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2020 CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O **MUNICÍPIO DE ANHANGUERA - GOIÁS**, com sede administrativa descrita no rodapé, para fins de atendimento do que dispõe o art. 196 e seguintes, da Constituição Federal de 1.988, bem como ainda a Lei Federal nº 8.080/90, com fundamento no art. 25, *caput* da Lei nº 8.666/93 e suas alterações, na Portaria nº 1.034/10 do Ministério da Saúde, e ainda no teor da Decisão Plenária nº 28/00, da Resolução Normativa nº 017/98 e 01/01, e IN nº 007/16, alterada pelas IN nº 001/17; IN nº 001/18 e IN nº 007/18 ambas exaradas pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM/GO, embasado nos princípios constitucionais que regem o direito público e administrativo, através da Comissão Permanente de Licitações e Contratos, **TORNA PÚBLICO** aos interessados, que **A PARTIR DO DIA 29 (VINTE E NOVE) DE ABRIL DE 2.020** encontrará aberto na sede do Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera, sito a **RUA OTELO DEL FAVERO, Nº 335, CENTRO**, em horário de expediente, compreendido entre **às 08:00 e 11:00 horas e das 13:00 às 16:00 horas** o processo de **CREDENCIAMENTO** de profissionais e prestadores de serviços com vistas à promover a complementação dos serviços públicos municipais de saúde para atender os usuários da Secretaria Municipal de Saúde de Anhanguera, nos termos da Tabela de Referência aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde constante no **ANEXO I** atendidos os termos constantes no presente Edital.

1 – DAS INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1 – Considera-se credenciamento o contrato administrativo celebrado diretamente por inexigibilidade de licitação para atuação não-exclusiva, sem competição, precedido de chamamento público **aberto a TODOS os interessados** que atendam às condições estabelecidas no presente Edital, com vistas à contratação de profissionais de saúde ou pessoa jurídica para a prestação complementar de serviços públicos de saúde à comunidade atendida pela Secretaria Municipal de Saúde de Anhanguera, utilizando-se de estrutura e recursos próprios do Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera, Goiás, tendo em contrapartida a remuneração por procedimento.

1.2 – Por não haver caráter competitivo, não haverá exclusão de profissionais ou entidades nas contratações decorrentes deste instrumento, sendo a escolha do profissional/prestador do serviço feita diretamente pelo usuário do serviço público municipal de saúde, dentre a lista de credenciados.

1.3 – O presente Edital terá validade de **12 (doze) meses** a partir de sua publicação na imprensa oficial, consoante ao que dispõe o art. 6º, VI da IN 007/16 TCM/GO, podendo ser credenciados/contratados novos profissionais/prestadores durante a vigência deste, obedecidas as exigências estabelecidas neste instrumento.

1.4 – Os serviços a ser contratados referem-se a uma base territorial populacional do Município de Anhanguera, e está sendo ofertado conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se à demanda interna do município, sempre adstrita à necessidade pública e com a disponibilidade de recursos financeiros e orçamentários.

1.5 – O Edital e seus anexos poderão ser obtidos na internet pelo sítio oficial na internet: **www.anhanguera.go.gov.br**, ou na sede administrativa do Município de Anhanguera no endereço constante no rodapé da página, ou ainda na sede do Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera sito a





RUA OTELO DEL FAVERO, N° 335, CENTRO, CEP: 75.770-000, ANHANGUERA, GOIÁS, em horário de expediente, compreendido entre **às 08:00 e 11:00 horas e das 13:00 às 16:00 horas**.

1.6 - Quaisquer dúvidas sobre os termos constantes deste Edital poderão ser esclarecidas, também, junto ao Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera/GO via telefone **(64) 3469-1151**.

2 - DO OBJETO:

2.1 - Constitui objeto do presente edital de chamamento público o credenciamento dos profissionais e prestadores interessados, que atendam às condições estabelecidas neste instrumento, para prestação de serviço de atendimento em consultas e procedimentos junto ao FMS de Anhanguera e de acordo com a necessidade e interesse dos serviços de saúde do Município de Anhanguera conforme Tabela de Referência aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde constante no **ANEXO I**.

2.2 - Os profissionais/prestadores deverão prestar o serviço preferencialmente no Município de Anhanguera na Unidade Básica de Saúde sempre em atendimento a necessidade de interesse dos serviços de saúde do FMS de Anhanguera.

2.3 - Os profissionais/prestadores habilitados prestarão o serviço junto à Rede de Saúde do Município de Anhanguera, podendo em qualquer tempo da vigência do contrato ser remanejado para atendimento noutra frente e/ou cidade dentro da área de abrangência dos municípios que compõem o consorcio, a fim de atender interesses e necessidades verificadas pelo CREDENCIANTE.

3 - DO CREDENCIAMENTO:

3.1 - Para habilitar ao credenciamento, o prestador de serviços (pessoa física ou jurídica), deverá apresentar junto ao FMS do Município de Anhanguera todos os documentos necessários mencionados neste edital, para oportunamente formalizar a contratação de acordo com as especialidades/atividades prevista neste edital.

§ 1º - Serão credenciados **TODOS** os profissionais/prestadores que comprovarem a habilitação exigida neste edital e dentro do número de vagas estabelecidas para as respectivas necessidades da administração.

§ 2º - Os profissionais/prestadores interessados poderão solicitar o seu cadastro para posterior credenciamento, a qualquer momento a partir da data de publicação do presente edital, sendo suas contratações adequadas ao período remanescente de vigência do credenciamento especialmente nas aquelas em que precederem de prestação com vagas limitadas.

§ 3º - Os profissionais médicos e prestadores poderão inscrever em mais de uma área médica, desde que preenchidos os requisitos da respectiva atividade, especialmente de carga horária e possibilidade de prestação, estando sempre nos valores de média pelo FMS.

§ 4º - A inscrição no processo de credenciamento implica na manifestação do profissional interessado em participar do processo de contratação junto ao Município de Anhanguera, e ainda aceitação e submissão, independente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente edital incluindo os limites de valores por atendimento/procedimento.

3.2 - O credenciamento será permanente durante o período de vigência do presente edital, devendo a comissão competente divulgar até o último dia de cada mês a inclusão de novos credenciados.

4 - DO DESCRENCIAMENTO:

4.1 - O Município de Anhanguera poderá realizar o descredenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e descumprimento das normas fixadas neste edital e na legislação pertinente, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa;



4.2 - O **CREDCIADO** que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante aviso por escrito, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, garantindo em qualquer hipótese os atendimento/procedimentos agendados para fins de não causar prejuízo ao usuário;

4.3 - Na recusa injustificada do **CREDCIADO** em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento;

4.4 - Será desconsiderado o documento que contrarie os requisitos expressos neste edital, em seus anexos ou em desacordo com as formalidades prescritas.

5 - DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO E FORMA DE PROTOCOLO:

Para habilitarem-se ao credenciamento, **TODOS** os profissionais/prestadores de serviços interessados deverão em decorrência da pandemia do Covid-19 e para evitar aglomerações e deslocamentos **DIGITALIZAR** e **CONDENSAR** em um único documento **no formato PDF**, encaminhando em protocolo pelo e-mail **saude.ahg@gmail.com**, a ficha de inscrição constante no **ANEXO II ou III**, bem como as Declarações Devidamente assinadas constantes nos **ANEXOS IV, V e VI**, acompanhado dos seguintes documentos para cadastramento:

5.1 - PRESTADOR DE SERVIÇOS: PESSOA FÍSICA

- a) - CPF/MF- Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- b) - CI/RG- Carteira de Identidade/Registro Geral junto a órgão oficial de identificação;
- c) - Documento de Identidade Profissional (conselho);
- d) - Curriculum Vitae, constando endereços e telefones atuais, inclusive dos antigos contratantes;
- e) - Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado por entidade competente, com reconhecimento pelo MEC;
- f) - Para profissionais médicos especialista:
 - I. Certificado de residência médica na especialidade emitida por serviço, credenciado junto ao MEC; ou
 - II. Título de especialista emitido pelo Conselho Federal de Medicina; ou
 - III. Título de especialista emitido pela Sociedade competente.
- g) - Comprovante de endereço atualizado;
- h) - Certidão Negativa com tributos municipais do domicílio;
- i) - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- j) - Certidão Negativa de Débitos Estaduais;
- k) - Certidão Negativa de Débitos Federais.

5.2 - PRESTADOR DE SERVIÇOS: PESSOA JURÍDICA

- a) - Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- b) - Ato constitutivo da instituição proponente e última alteração contratual;
- c) - Carteira de Identidade, CPF e diploma legal de graduação do responsável técnico;
- d) - Documentos pessoais dos Representantes da Empresa;
- e) - Registro no respectivo conselho de classe da entidade de saúde e do responsável técnico pela prestação pretendida, com prova da especialidade nos casos em que couber, mediante:
 - I. Certificado de residência médica na especialidade emitida por serviço credenciado junto ao MEC; ou
 - II. Título de especialista emitido pelo Conselho Federal de Medicina; ou
 - III. Título de especialista emitido pela Sociedade competente.
- f) - Alvará de funcionamento em plena validade;
- g) - Alvará expedido pela Vigilância Sanitária em plena validade;
- h) - Prova de regularidade relativo a Seguridade Social - CND INSS;
- i) - Prova de regularidade do Fundo de Garantia por tempo de serviços - CND FGTS;
- j) - Prova de regularidade com a Fazenda Nacional - CND da Fazenda Pública Federal e Dívida Ativa;

- k) - Prova de regularidade com a Fazenda Estadual - CND SEFAZ.
- l) - Prova de regularidade com a Fazenda Municipal da sede do estabelecimento;
- m) - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- n) Certidão Negativa de Falência e Concordata do foro da sede do estabelecimento.

5.3 - Os documentos para credenciamento poderão ser apresentados em originais digitalizadas ou por cópias dos originais, autenticadas em cartório devidamente digitalizadas e enviadas por e-mail na forma do que dispõe o **Item 5**.

5.4 - O recebimento de documentos para credenciamento será permanente sendo admitido a admissão de novos interessados a qualquer tempo durante a vigência do presente Edital, com agendamento de análise a critério da Comissão de Credenciamento.

5.5 - No ato de assinatura e vigência do contrato/credenciamento a regularidade fiscal (certidões) deverá estar com vigência válida, devendo o credenciado apresentar todas as certidões que comprovem a regularidade fiscal mensalmente, sob pena de suspensão de recebimentos.

5.6 - As certidões que não contenham expresse a data de validade considerar-se-á **válida por 60(sessenta) dias**.

6 - DA DOCUMENTAÇÃO:

6.1 - A entrega da documentação, declarações e formulário constante no presente para o processo de credenciamento implicará na declaração expressa de concordância com todas as normas estabelecidas no presente edital e na Lei nº 8.666/93, e atos normativos expedidos pelo Município de Anhanguera.

6.2 - Os documentos constantes do **Item 5** juntamente com as demais declarações e formulários deverão ser apresentados, obrigatoriamente pelo proponente ou por procurador constituído, nos termos exigidos neste Edital, na íntegra, na forma do Item 6.4;

6.3 - Os formulários e declarações deverão ser apresentados em papel timbrado, em 01(uma) via, preferencialmente digitada, 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 datada, assinada e carimbada pelo Proponente ou seu representante legal (constituído por procuração);

6.4 - Em decorrência da pandemia do Covid-19 e para evitar aglomerações e deslocamentos **TODA** a documentação referente ao presente processo deverá ser digitalizada pelo(a) candidato(a) interessado, e condessada em um único documento no formato PDF, devendo ser **SEMPRE** protocolada pelo e-mail **saude.ahg@gmail.com**.

6.5 - A Proposta de Credenciamento deverá ser apresentada, obrigatoriamente, com a documentação descrita no **ANEXO III** deste edital, observando o seguinte:

- a) - caso a documentação e/ ou proposta apresentada não cumpram as exigências estabelecidas neste edital, o interessado estará automaticamente eliminado do credenciamento;
- b) - com a confirmação do recebimento da documentação via e-mail de cada PROPONENTE, a Comissão do Credenciamento na Secretaria de Saúde, iniciar-se-á a conferência, análise e catalogação dos dados, que após serão publicados;
- c) - não serão aceitas o envio de documentação condicionais;
- d) - é vedado ao mesmo PROPONENTE proceder em seu nome mais de uma inscrição para a mesma frente/cargo/função;
- e) - o(a) PROPONENTE no envio da solicitação de credenciamento por meio de procuração legal assumirá total responsabilidade pelas informações prestadas;
- f) - a documentação deverá ser protocolada via e-mail, conforme **Item 5**, preferencialmente até às **23:59hs dia 03/05/2020, para ANÁLISE E CHAMAMENTO IMEDIATO NA ORDEM DE PROTOCOLO A SER ANALISADO PELA COMISSÃO A PARTIR DO DIA 04/05/2020**. Toda documentação recebida posteriormente, **a partir do das 00:00hs do dia 04/05/2020**, será considerada de forma permanente, com agendamento de análise a critério da Comissão de Credenciamento.

6.6 - Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, o Município de Anhanguera formalizará o credenciamento dos profissionais, facultando-lhe o aumento na quantidade de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas, a necessidade e interesse público do município.

6.7 - A Comissão de Credenciamento será responsável por analisar documentação especificada no **ITEM 5**, bem como divulgar no prazo de até **05(cinco) úteis** do recebimento estabelecido na alínea “f” do Item 6.5, estipulado a relação dos credenciados, de acordo com o Edital, os quais, posteriormente, serão chamados para assinar os respectivos contratos, devendo fazer a atualização a cada novo interessado.

6.8 - Não serão credenciados os profissionais que apresentarem as documentações incompletas, ou mesmo em desatendimento ao exigido por este Edital e seus anexos, conforme acima explicitado.

6.9 - A comissão constituída verificará o atendimento das normas exigidas neste Edital, considerando a necessidade do Município de Anhanguera de constituir uma rede de serviços ao usuário, viabilizando o maior acesso da população com forma de representar eficiente e economicidade na aplicação de recursos públicos do município.

7 - DA CONTRATAÇÃO:

7.1 - Serão contratados **TODOS** profissionais/prestadores que se credenciaram na forma deste Edital, de acordo com as atividades que o Município de Anhanguera necessite, **a exceção dos casos de prestação com vagas limitadas em que será observado o critério de protocolo para análise e classificação dos respectivos interessados, prevalecendo em caso de protocolo simultâneo, o(a) mais idoso(a) na forma da lei.**

7.2 - A convocação dos profissionais credenciados para assinatura do contrato/credenciamento será feita por meio de notificação via e-mail, fax, telefone, via correios ou whats’app em número fornecido pelo credenciado.

7.3 - Para assinatura do contrato de credenciamento os profissionais terão o prazo de 03(três) dias úteis após a convocação, permitindo a prorrogação por igual período, na forma do § 1º, art. 64 da Lei no 8.666/93 e suas alterações.

7.4 - O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da publicação do contrato de credenciamento até **31 de dezembro de 2.020**, podendo ser prorrogado, caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 57 da Lei no 8.666/93, bem como alterado nos limites da Tabela de Referência que o instrui.

7.5 - Na forma e limites do art. 65 da Lei nº 8666/93 o instrumento de contrato poderá sofrer alterações de valores a maior ou menor mediante correção da Tabela de Referência que deverá ser aprovada através da Assembleia do Conselho Municipal de Saúde e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás.

8 - REMUNERAÇÃO: PREÇO, FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

8.1 - Os profissionais serão remunerados na equivalência de cada procedimento realizado, conforme valores previstos na **Tabela de Referência** aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Anhanguera - Goiás vigente constante no **ANEXO I**, podendo ser balizados pelas tabelas: **SAI SIH-SUS, AMB, FIXO, PLANTÕES, IPASGO e/ou UNIMED**, obedecendo ao(s) limite(s) estabelecido(s) no contrato, sempre na forma e limites estabelecidos e aprovados pelo CMS, quando não houver outra referência e com a autorização do CMS.

8.2 - O faturamento será realizado mensalmente, devendo as contas ser encerradas até o último dia de cada mês e repassadas ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera/GO **até o dia 05(cinco) do mês subsequente**, sob pena de serem consideradas somente no mês seguinte.

8.3 - O recebimento do faturamento é **condicionado a apresentação da Nota Fiscal, acompanhada do mapa de produção/atendimentos, com a ficha/prontuário individual do usuário, sendo anexadas as respectivas certidões de regularidade do prestador/credenciado devidamente válidas.**

8.4 - Para serviços e/ou atendimentos realizados em caráter de emergência, deverá ser anexado o respectivo laudo que justifique a utilização em urgência.

8.5 - Os pagamentos acontecerão até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

8.6 - **Nenhum pagamento será efetuado ao CREDENCIADO(A) enquanto pendente de liquidação, qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.**

8.7 - O pagamento será via cheque ou ordem bancária, creditado na instituição bancária eleita pelo **CREDENCIADO(A)**, que deverá indicar na Nota Fiscal o banco, número da conta corrente e agência com a qual opera.

8.8 - Quando o pagamento for creditado à pessoa física, esta deverá apresentar no ato do credenciamento a agência bancária e conta para recebimento.

8.9 - O valor do crédito pago e previsto, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de retenções, recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários e fiscais aplicáveis.

8.10 - Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal será motivo de correção por parte do **CREDENCIADO(A)** e haverá, em decorrência desta, a imediata suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

8.11 - Em qualquer forma deverá o **CREDENCIADO(A)** obrigatoriamente, no ato de emissão da Nota Fiscal, indicar como devido a retenção do Imposto Sobre Serviço – ISS para o Município de Anhanguera – Goiás.

9 - DA CARGA HORÁRIA E LOCAL DE ATENDIMENTO:

9.1 - O(s) **CREDENCIADOS(AS)** serão obrigados a prestarem serviços dentro de suas aptidões técnico-profissionais, nos locais determinados e conforme carga horária/número de atendimentos constantes na Tabela de Referência **ANEXO I** especificadas nos respectivos contratos.

9.2 - O(s) **CREDENCIADOS(AS)** deverão obedecer à carga horária/número de atendimentos de acordo com as diretrizes da Secretaria de Saúde do Município de Anhanguera, Goiás, recebendo pela produção atestada/realizada até os limites constantes na Tabela de Referência **ANEXO I**.

9.3 - O local de atendimento se dará conforme necessidade e prioridade da Secretaria de Saúde do Município de Anhanguera.

Parágrafo Único – O(a) profissional/prestador(a) poderá se credenciar para mais de uma especialidade/procedimento desde que atendida às condições deste edital e, principalmente, haja compatibilidade de carga horária e/ou disponibilidade de atendimento, ou mesmo estrutura física de equipamentos que capaz de suprir todas as demandas nas quantidades mínimas referenciadas simultânea ou não, especialmente nos casos de vagas limitadas.

10 - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

10.1 - As despesas correrão por conta das classificações orçamentárias a seguir:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANHANGUERA

10.301.2023.2.045-MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE;

3.3.90.36.00- OUTROS SERV. DE TERCEIRO PESSOA FÍSICA;

3.3.90.39.00- OUTROS SERV. DE TERCEIRO PESSOA JURÍDICA.

11 - RESCISÃO DO CONTRATO:

11.1 - A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com consequências contratuais e as prevista em lei ou regulamento administrativo;

11.2 - Constituem motivos para rescisão do contato, no que couberem, as hipóteses previstas no art. 78 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações;

11.3 - A rescisão contratual poderá ocorrer nas condições e formas previstas no art. 79 da Lei no 8.666/93 e suas alterações.

11.4 - E demais motivos de acordo com o contrato e legislação aplicável.



12 - DAS SANÇÕES:

12.1 - Caso o(a) **CRENCIADO(A)** não cumpra quaisquer das obrigações assumidas ou, fraude, por qualquer meio, no presente contrato, poderão ser aplicadas, segundo a gravidade da falta cometida, uma ou mais penalidades prevista em lei, sem prejuízo da rescisão contratual.

13 - DAS ALTERAÇÕES:

13.1 - Quaisquer alterações eventualmente necessárias, somente poderão ser realizadas mediante errata/nova publicação a ser divulgada na mesma forma como se deu o texto original do presente Edital.

14 - DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1 - O profissional/prestador se obriga a apresentar a qualquer tempo, documentos julgados necessários pela Secretaria Municipal de Saúde de Ananguera, referente à sua vida profissional, financeira e civil.

14.2 - A aceitação das condições constantes deste Edital será formalizada com a assinatura do respectivo contrato/credenciamento.

14.3 - Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 8.666/93, nos princípios do Direito Público e subsidiariamente, com base em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

14.4 - A minuta do contrato constantes deste edital será ajustada às peculiaridades de cada **CRENCIADO(A)** e mediante necessidades do Município de Ananguera, de forma a evidenciar o tipo de cobertura dos serviços, procedimentos e orientações técnicas, dentre outros aspectos.

14.5 - Em casos de dúvidas o profissional deverá sempre recorrer ao Município de Ananguera a fim de conseguir instruções de como proceder.

14.6 - **É vedado ao CRENCIADO(A) cobrar dos usuários/pacientes qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos.**

14.7 - Poderá o Município de Ananguera revogar o Edital de Chamamento Público, no todo ou em parte, por conveniência administrativa e interesse público, ou por fato superveniente, devidamente justificado, ou anulá-lo, em caso de ilegalidade, sem QUALQUER direito à indenização, ressalvadas as hipóteses descritas na Lei nº 8.666/93.

14.7.1 - Constituem e fazem parte deste edital os Anexos ao Edital, bem como as Minutas dos credenciamentos de pessoas físicas e jurídicas especificamente por categoria, atividade e local.

14.7.2 - A tabela de procedimentos e produção do SUS – SIGTAP, está disponível no site do Ministério da Saúde, ou no seguinte login: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela_unificada/app/sec/inicio.jsp.

14.8 - O Município de Ananguera permanecerá à disposição dos interessados para esclarecer quaisquer dúvidas e prestar informações referentes ao presente Edital, através dos telefones: (64) 3469-1151, no horário das 07:00 às 11:00 horas e das 12:00 às 16:00 horas;

14.9 - Fica eleito o foro da Comarca de Cumari, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer questões referentes a este Edital.

ANHANGUERA/GO, 27 DE ABRIL DE 2.020.

DAYANE CRISTINA CAMPOS

Presidente da Comissão de Credenciamento

ROSEMARY SILVA DE MESQUITA

Secretária da Comissão de Credenciamento

JULIO CÉSAR TEIXEIRA FONSECA

Membro da Comissão de Credenciamento



Prefeitura Municipal de Ananguera/GO – ADM.2017/2020
Av. Belchior de Godoy – 152 – Centro – Fone (64) 3469 1265
Email licitacao.prefeitura@outlook.com



ANEXO I

TABELA DE PROCEDIMENTOS 2020/2020

Tabela de procedimentos a serem pagos aos Profissionais da Saúde credenciados no Município de Anhanguera no período de janeiro/2.020 a dezembro/2.020.

Marta Valéria Rodrigues Fonseca – Secretária Municipal de Saúde, atendendo as necessidades inconteste de remunerar os profissionais e prestadores da saúde do Município de Anhanguera, promoveu com base em levantamentos junto às instituições de classe e entidades governamentais oficiais, um levantamento de preços visando embasar os gastos com os referidos profissionais. Portanto visando ainda valorar os trabalhos prestados pelos referidos profissionais, avaliados à luz das condições da Administração Pública do Município de Anhanguera, bem como na valorização dos profissionais da saúde deste Município: **APRESENTA E ENCAMINHA AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE a TABELA DE PROCEDIMENTOS DEMONSTRANDO OS REFERIDOS VALORES A SEREM PAGOS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, PARA APRECIÇÃO, APROVAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO:**

1. DOS PRESTADORES:

1.1 - MÉDICOS:

1.1.1 – Médico(a) do ESF – NÃO RESIDENTE E DOMICILIADO – no programa “Estratégia da Saúde da Família” – receberá o valor de **R\$ 108,33 (cento e oito reais e trinta e três centavos), por hora** sendo o mínimo **120 (cento e vinte) horas** trabalhadas por semana, mediante a comprovação de cumprimento de carga horária cumprida definida pela Secretaria Municipal de Saúde, perfazendo o valor máximo mensal de **R\$ 13.000,00(treze mil reais), limitado a 01(um)(a) prestador(a) simultâneo.**

O(a) médico(a) do ESF devem cumprir as metas de produtividades estabelecidas pelo programa ESF – Estratégia da Saúde da Família (consultas, visitas domiciliares, palestras, procedimentos nas unidades e assiduidade, Programa Saúde na Escola) exigidas pelo SUS além dos compromissos de “finais de semana nos termos do cronograma estabelecido pela Secretaria de Administração e Secretaria de Saúde”.

1.1.2 – Médico(a) plantonista - trabalhar **06(seis) horas** por plantão recebendo o valor de até **R\$ 500,00(quinzentos reais)** por plantão, com escalas de horários definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.



1.1.3 – Enfermeiro(a) plantonista - trabalhar **12(doze) horas** por plantão recebendo o valor de até **R\$ 250,00(duzentos e cinquenta reais)** por plantão de segunda a sexta-feira, e **R\$ 300,00(trezentos reais)** por plantão de sábados, domingos e feriados com escalas de horários definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.2. – ODONTÓLOGO:

1.2.1 - Odontólogo(s) do ESF - receberá o valor de **R\$ 38,75(trinta oito reais e setenta e cinco centavos)** por hora trabalhada, podendo exercer um total de até **40(quarenta) horas trabalhadas por semana**, perfazendo um recebimento máximo mensal no valor de até **R\$ 6.200,00(seis mil e duzentos reais)**, **limitado a 01(um)(a) prestador(a) simultâneo.**

O(a) odontólogo(a) do ESF devem cumprir as metas de produtividades estabelecidas pelo programa ESF – Estratégia da Saúde da Família (consultas, atendimentos, canal, extração de dentes sisos, limpeza completa, remoção de tártaros e demais, visitas domiciliares, palestras, procedimentos nas unidades e assiduidade ao Programa Saúde na Escola) exigidas pelo SUS, devendo quando solicitado(a) e previamente autorizados pelo gestor, em exercício de suas atividades, noutros locais dentro do município.

1.3. - NUTRICIONISTA:

1.3.1 - Nutricionista - receberá o valor de **R\$ 32,50(trinta e dois reais e cinquenta centavos)** por hora trabalhada, podendo exercer um total de até **10(dez) horas trabalhadas por semana**, perfazendo um recebimento máximo mensal no valor de até **R\$ 1.300,00(hum mil e trezentos reais) mensais)**, **limitado a 01(um)(a) prestador(a) simultâneo**, exercendo suas atividades com visitas locais a Unidade Básica de Saúde de Anhanguera pelo menos **01(uma) vez na semana** em atendimento prioritários voltados a pessoas com doenças crônicas tais como diabetes, hipertensão, obesidade, desnutrição entres outras deficiências nutricionais, atendimento de suporte a pacientes acamados, entregas das dietas impressas e orientações de cada paciente devem cumprir as metas de produtividades estabelecidas pelo programa ESF – Estratégia da Saúde da Família, palestras, procedimentos nas unidades, Programa Saúde na Escola exigidas pelo SUS e projetos desenvolvidos pela secretaria de saúde, bem como ainda, enquanto perdurar o período de quarentena do Covid-19, com atendimento por *whats'app* e com a disponibilização de vídeos diversos do tema aos munícipes em tratamento, conforme orientação da Secretaria de Saúde. Os profissionais quando solicitados e previamente autorizados pelo gestor, em exercício de suas atividades, dentro do município.

1.4. - FISIOTERAPEUTA:

1.4.1 - Fisioterapeuta - receberá o valor de **R\$ 15,63 (quinze reais e sessenta e três centavos)** por hora trabalhada, podendo exercer um total de até **40(quarenta) horas**

trabalhadas por semana, perfazendo um recebimento máximo mensal no valor de **R\$ 2.500,00(dois mil e quinhentos reais), limitado a 01(um)(a) prestador(a) simultâneo.**

1.5 - Os profissionais quando solicitados e previamente autorizados pelo gestor, estarão disponíveis para o exercício de suas atividades, dentro do município e dos distritos, e, também, para deslocamento a outros município, devendo assumir os compromissos de “finais de semana nos termos do cronograma estabelecido pela Secretaria de Administração e Secretaria de Saúde” em eventuais campanhas e eventos que envolvam a saúde coletiva.

2. DOS PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES REALIZADOS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS

2.1 - Todos os procedimentos cirúrgicos, exames e consultas serão pagos com base nos valores constantes abaixo na **Tabela de Referência do Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera**, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 017/98 do TCM – GO.

3. CONSULTAS - PROCEDIMENTOS - HOSPITAIS, CLÍNICAS MÉDICAS, CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS, ASSISTENCIA MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS E LABORATÓRIOS:

3.1 - REFERÊNCIA DE VALORES DE CONSULTAS

ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL ESTIMADA	VALOR
Cardiologista clínico – consulta **	Produção	30	R\$ 150,00
Urologista clínico – consulta **	Produção	30	R\$ 250,00
Ortopedista e traumatologista clínico – consulta **	Produção	30	R\$ 180,00
Cirurgião geral – consulta **	Produção	30	R\$ 300,00
Pediatria clínica – consulta	Produção	30	R\$ 300,00
Ginecologista, obstetrícia e mastologia clínica – consulta **	Produção	30	R\$ 200,00
Psiquiatria clínica - **	Produção	30	R\$ 250,00
Oftalmologista clínico – consulta **	Produção	30	R\$ 150,00
Dermatologia clínica – consulta **	Produção	30	R\$ 250,00
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA	VALOR

				MENSAL ESTIMADA	
Gastroenterologista clínico – consulta **			Produção	30	R\$ 200,00
Endocrinologista clínico – consultas**			Produção	30	R\$ 300,00
Otorrinolaringologista clínico – consulta			Produção	30	R\$ 100,00
Neurologista clínico – Valor garantido por ambulatório			Produção	30	R\$ 200,00
Angiologista – consulta **			Produção	30	R\$ 180,00
Pneumologista – consulta **			Produção	30	R\$ 200,00
Nefrologista – consulta**			Produção	30	R\$ 300,00
Reumatologista – consulta**			Produção	30	R\$ 300,00
Psicologia – consulta			Produção	30	R\$ 75,00
Demais especialidades médicas**			Produção	30	R\$ 200,00

3.2. - REFERÊNCIA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO (R\$) - MÁXIMO	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL ESTIMADA
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA		
Holter 24 hs	R\$ 150,00	10
Teste ergométrico	R\$ 100,00	10
Mapa 24 hs	R\$ 100,00	10
Eletrocardiograma laudado remotamente sem fornecimento de equipamento para realização do exame	R\$ 45,00	10
Ecocardiograma Transtorácico	R\$ 150,00	10
Ecocardiograma Transtorácico infantil	R\$ 250,00	10
Ecocardiograma Transesofágico	R\$ 550,00	10
Ecocardiograma Stress	R\$ 550,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Risco Cirúrgico (Consulta+ecg+rx)	R\$ 160,00	10
SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA		
Paquimetria	R\$ 170,00	05
Ecobiometria	R\$ 200,00	05
Topografia/Ceratoscopia	R\$ 170,00	05
Campo Visual/Campimetria	R\$ 170,00	05
Retinografia/Estereofoto de Papila	R\$ 180,00	05
Angiofluresceinografia	R\$ 300,00	05
AngioCT	R\$ 400,00	05
PAM	R\$ 80,00	05
O.C.T/Tomografia de Coerência Óptica	R\$ 300,00	05
Microscopia Especular	R\$ 250,00	05
IOL Master	R\$ 250,00	05
YAG Laser/Capsulotomia (Por olho)	R\$ 380,00	05
Laser de Retina (Por Olho)	R\$ 300,00	05
Triquiase (Cauterizar pêlo) (Por olho)	R\$ 250,00	05
Iridotomia (Por olho)	R\$ 380,00	05
SERVIÇO PROTETICO		
Prótese total par	R\$ 1.000,00	05
Prótese total unitária (em resina)	R\$ 650,00	05
Implante unitário	R\$ 2.200,00	05
PPR	R\$ 1.250,00	05
Coroa em metalocerâmica	R\$ 1.100,00	05
Coroa em ceromero	R\$ 800,00	05
PPF (FIXA 3 ELEMENTOS)	R\$ 2.550,00	05
Coroa ¾ ou 4/5	R\$ 600,00	05
Coroa provisória	R\$ 120,00	05
SERVIÇO DE UROLOGIA		
Sonda vesical de demora	R\$ 200,00	05
Cistostomia com trocater	R\$ 500,00	05
Cistostomia aberta (com medico e auxiliar)	R\$ 750,00	05
Cistoscopia	R\$ 400,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Ureterolitripsia rígida unilateral a laser + implante duplo J (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.300,00	05
Ureterolitripsia flexível unilateral a laser + implante duplo J (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.900,00	05
Implante duplo J (cirurgião + auxiliar)	R\$ 780,00	05
Cistolitotomia mecânica ou convencional	R\$ 1.500,00	05
Ressecção Transuretral de bexiga (cirurgião + auxiliar)	R\$ 2.400,00	05
Ressecção Transuretral de próstata (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.600,00	05
Prostectomia transvesical convencional	R\$ 2.100,00	05
Vasectomia	R\$ 1000,00	05
Prostectomia adulto	R\$ 800,00	05
Frenuloplastia	R\$ 400,00	05
Varicocelektomia uni ou bilateral (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.500,00	05
Postectomia criança (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.200,00	05
Hidrocelektomia criança uni ou bilateral (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.500,00	05
Orquidopexia criança uni bilateral (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.800,00	05
Orquiectomia (outras causas sem ser tumor de testículo) (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.000,00	05
Erérese de cisto vaginal ou divertículo (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.500,00	05
Meatotomia	R\$ 800,00	05
Prostatovesiculektomia radical (cirurgião + auxiliar)	R\$ 2.400,00	05
Prostatovesiculektomia radical com linfadenectomia pélvica (cirurgião + auxiliar)	R\$ 3.000,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Uretrotomia interna (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.300,00	05
Dilatação uretral	R\$ 250,00	05
Sling (cirurgião + auxiliar)	R\$ 1.950,00	05
Reimplante de ureter uni ou bilateral (cirurgião + auxiliar)	R\$ 2.250,00	05
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA		
Endoscopia	R\$ 200,00	50
Vídeo endoscopia digestiva alta	R\$ 250,00	10
Colonoscopia	R\$ 500,00	10
SERVIÇOS FONOAUDIOLOGIA e PSICOLOGIA		
Fonoaudiologia (sessão)	R\$ 80,00	10
Audiometria	R\$ 60,00	10
Psicologia (sessão)	R\$ 90,00	16
RADIOLOGIA GERAL		
Crânio - 2 incidências	R\$ 70,00	10
Orelha, mastoides ou rochedos – bilateral	R\$ 90,00	10
Orbitas – Bilateral	R\$ 70,00	10
Sela túrcica	R\$ 30,00	10
Maxilar inferior/ mandíbula (Ap/obl)	R\$ 70,00	10
Seios da Face - 3 inc	R\$ 70,00	10
Adenoides ou cavum	R\$ 70,00	10
Coluna Cervical AP/P	R\$ 70,00	10
Coluna cervical AP/P/OBL	R\$ 90,00	10
Coluna Dorsal Lombar para escoliose	R\$ 140,00	10
Coluna lombo-sacra AP/P	R\$ 90,00	10
Sacro – cóccix	R\$ 70,00	10
Coluna para escoliose	R\$ 90,00	10
Tórax (PA/Perfil)	R\$ 70,00	10
Articulação acromioclavicular	R\$ 70,00	10
Articulação escapuloumeral (ombro)	R\$ 70,00	10
Braço	R\$ 70,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Cotovelo	R\$ 70,00	10
Antebraço	R\$ 70,00	10
Punho	R\$ 70,00	10
Mão ou quirodáctilo	R\$ 70,00	10
Clavícula	R\$ 70,00	10
Escapula	R\$ 70,00	10
Abdome AP/P	R\$ 90,00	10
Abdome agudo	R\$ 90,00	10
Bacia AP	R\$ 90,00	10
Bacia AP/RÃ	R\$ 70,00	10
Articulação coxofemoral (quadril)	R\$ 70,00	10
Coxa	R\$ 70,00	10
Joelho AP/P	R\$ 70,00	10
Perna	R\$ 70,00	10
Articulação tibiotarsica (tornozelo)	R\$70,00	10
Pé (AP/PERFIL)	R\$ 70,00	10
Calcâneo	R\$ 70,00	10
Patela	R\$ 90,00	10
Panorâmica para membros inferiores	R\$ 450,00	10
ULTRASSONOGRRAFIA		
USG Abdome Inferior	R\$ 150,00	10
USG Abdome Superior	R\$ 150,00	10
USG Abdome Total	R\$ 150,00	10
USG Bolsa Escrotal	R\$ 150,00	10
USG Endovaginal	R\$ 150,00	10
USG Mama	R\$ 150,00	10
USG Obstétrico com doppler	R\$ 350,00	10
USG Pélvico	R\$ 150,00	10
USG Pélvico ginecológico	R\$ 150,00	10
USG Transretal	R\$ 200,00	10
USG musculoesquelética e tendão	R\$ 150,00	10
Doppler de carótida e vertebrais	R\$ 200,00	10
Doppler colorido venoso de membros inferiores	R\$ 250,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Doppler colorido arterial de membros superior	R\$ 200,00	10
Doppler colorido arterial de membros inferiores	R\$ 200,00	10
Doppler colorido venoso de membros /unilateral	R\$ 200,00	10
Doppler colorido arterial de membros inferiores	R\$ 200,00	10
Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada	R\$ 200,00	10
Aparelho Urinário	R\$ 150,00	10
USG Próstata	R\$ 150,00	10
Biopsia da próstata	R\$ 800,00	10
Bolsa Escrotal	R\$ 150,00	10
Punção tireoide 01 nódulo	R\$ 250,00	10
Punção tireoide 02 nódulos	R\$ 350,00	10
Punção tireoide 03 nódulos	R\$ 450,00	10
TOMOGRAFIA DE EMERGENCIA		
Crânio	R\$ 350,00	10
Mastoides ou orelhas	R\$ 350,00	10
Seios da Face	R\$ 350,00	10
Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)	R\$ 350,00	10
Tórax	R\$ 350,00	10
Abdome total	R\$ 700,00	10
Vias Urinarias	R\$ 350,00	10
Abdome Superior	R\$ 350,00	10
Abdome inferior	R\$ 350,00	10
Coluna Cervical ou dorsal ou lombar	R\$ 350,00	10
Segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna) unilateral.	R\$ 350,00	10
Articulação (esternoclavicular, ombro, cotovelo, punho, sacroiliacas, sacro-coccix, coxo femoral, joelho, pé, tornozelo) unilateral	R\$ 350,00	10
Angio-tomografia de segmentos	R\$ 800,00	10
URO TC	R\$ 350,00	10
Sela túrcica	R\$ 350,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Orbita	R\$ 350,00	10
Ossos temporais	R\$ 350,00	10
Angio-tomografia de aorta abd / torácica	R\$ 1000,00	10
Articulações temporo mandibulares – ATM	R\$ 350,00	10
Angio-tomografia arterial de abdômen total	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia arterial de crânio/pescoço/tórax	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia da pelve	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia arterial de pescoço	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia arterial de tórax	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia arterial pulmonar	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia de aorta adominal	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia de aorta torácica	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia venosa de crânio	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia venosa de pelve	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia venosa de pescoço	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia venoso de tórax	R\$ 1000,00	10
Angio-tomografia venosa pulmonar	R\$ 1000,00	10
Angio-Rm venosa de crânio	R\$ 1000,00	10
Angio-Rm arterial de crânio	R\$ 1000,00	10
TOMOGRAFIA ELETIVA		
Abdomem superior/inferior/pelve	R\$ 140,00	10
Abdomen total	R\$ 300,00	10
Articulação temporo mandibulares	R\$ 140,00	10
Articulações (ombro, cotovelo, punho/ombro/joelho, fêmur, coxo, femoral, perna, pé, tornozelo, toráx)	R\$ 140,00	10
Coluna cervical, lombar ou dorsal	R\$ 140,00	10
Coluna sacro/sacro coccix	R\$ 140,00	10
Coluna segmento adicional	R\$ 140,00	10
Crânio ou sela túrcica ou orbitas	R\$ 140,00	10
Face ou seios da face/ crânio/ célula túrcica	R\$ 140,00	10
Mastóides ou orelhas	R\$ 140,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Pelve ou bacia	R\$ 140,00	10
Orbitas	R\$ 140,00	10
Pescoço	R\$ 200,00	10
Braço, antebraço, mão, perna e etc	R\$ 140,00	10
Parede abdominal	R\$ 140,00	10
Tórax	R\$ 300,00	10
Vias urinarias urotomografia	R\$ 140,00	10
MAMOGRAFIA		
Mamografia	150,00	10
MAMOGRAFIA EM CAMPANHA PREVENTIVA		
Mamografia	100,00	60
DENSIOMETRIA OSSEA		
Densitometria óssea	R\$ 150,00	10
RESSONANCIA EMERGÊNCIA		
Sedação RM	R\$ 1100,00	10
Enterro ressonância	R\$ 1200,00	10
Contraste RM fígado	R\$ 650,00	10
Rm. Encefalo - (crânio)	R\$ 700,00	10
Rm. Hipofise - sela turcica	R\$ 700,00	10
Rm. Base do crânio	R\$ 700,00	10
Perfusão por rm	R\$ 150,00	10
Espectroscopia por rm	R\$ 150,00	10
Rm. Orbita bilateral	R\$ 700,00	10
Rm. Ossos temporais bilateral	R\$ 700,00	10
Rm. Face - (inclui seios da face)	R\$ 700,00	10
Rm. Articulacao temporomandibular(bilateral)	R\$ 700,00	10
Rm. Pescoco (nasofaringe, orofaringe, tireoide, laringe)	R\$ 700,00	10
Rm. Torax (mediastino, pulmão, parede torácica)	R\$ 700,00	10
Rm. Abdome superior (fígado, rins, baço, pâncreas)	R\$ 700,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Rm. Pelve	R\$ 700,00	10
Rm. Fetal	R\$ 700,00	10
Rm. Penis	R\$ 700,00	10
Rm. Bolsa escrotal	R\$ 700,00	10
Rm. Coluna cervical ou dorsal ou lombar	R\$ 700,00	10
Rm. Fluxo líquido (como complementar)	R\$ 150,00	10
Rm. Plexo braquial	R\$ 700,00	10
Rm. Membro superior unilateral	R\$ 700,00	10
Rm. Bacia (articulação sacroiliacas)	R\$ 700,00	10
Rm. Coxa (unilateral)	R\$ 700,00	10
Rm. Perna (unilateral)	R\$ 700,00	10
Rm. Pe (ante-pe) ã inclui tornozelo	R\$ 700,00	10
Rm. Articular (por articulação)	R\$ 700,00	10
Angio- rm (crânio, pescoço, tórax, abdome)	R\$ 700,00	10
Colangiorressonância	R\$ 700,00	10
Rm. Mama(bilateral)	R\$ 850,00	10
RESSONANCIA ELETIVA		
Rm. Abdome superior/inferior	R\$ 350,00	10
Rm. Abdome Total	R\$ 700,00	10
A têmpero mandibular	R\$ 350,00	10
Bacia	R\$ 350,00	10
Braço	R\$ 330,00	10
Colangiorressonância	R\$ 450,00	10
Coluna Cervical/dorsal/lombro sacra	R\$ 330,00	10
Cotovelo, coxa, face, joelho, ombro, pé, perna, punho, sacro-iliacas, tornozelo	R\$ 330,00	10
Crânio, mastoide, ouvido/ orbita/ pelve pescoço/prostata	R\$ 350,00	10
RESTAURAÇÃO		
Restauração Resina Foto dente anterior 1 face	R\$ 100,00	05
Restauração Resina Foto dente anterior 2 faces	R\$ 120,00	05
Restauração Resina Foto dente anterior 3 faces	R\$ 150,00	05
Reconstituição de ângu 10	R\$ 170,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Restauração Resina Foto dente posterior 1 face	R\$ 110,00	05
Restauração Resina Foto dente posterior 2 faces	R\$ 130,00	05
Restauração Resina Foto dente posterior 3 faces	R\$ 180,00	05
Reconstituição de cúspide	R\$ 180,00	05
Faceta direta em resina anterior	R\$ 210,00	05
PREVENÇÃO		
Profilaxia com jato de bicarbonato de sódio	R\$ 130,00	05
Raio X periapical ou interproximal (Bite Wing	R\$ 30,00	05
ENDODONTIA		
Tratamento endodôntico 1 conduto	R\$ 250,00	05
Tratamento endodôntico 2 condutos	R\$ 350,00	05
Tratamento endodôntico 3 condutos	R\$ 550,00	05
CIRURGIA		
Exodontia de permante	R\$ 150,00	05
Exodontia de raiz residual	R\$ 100,00	05
Alveoloplastia por hemiarco	R\$ 500,00	05
Aumento de coroa clínica - por elemento		
Bridectomia	R\$ 200,00	05
Cirurgia periodontal a retalho - por segmento	R\$ 250,00 boca total - 6 segmentos	05
Cunha proximal	R\$ 180,00	05
Enxerto conjuntivo subepitelial - por elemento	R\$ 500,00	05
Enxerto gengival livre - por elemento	R\$ 400,00	05
Exodontia de permanente periodontalmente afetado	R\$ 150,00	05
Frenulectomia	R\$ 250,00	05
Gengivectomia - por segmento	R\$ 300,00 boca total – 6 segmentos	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Gengivoplastia - por segmento	R\$ 200,00 boca total – 6 segmentos	05
Tratamento de alveolite	R\$ 100,00	05
Tunelização (por elemento)	R\$ 200,00	05
Aplicação tópica de flúor	R\$ 100,00	05
Atividade educativa em saúde bucal – orientação de higiene Bucal.	R\$ 80,00	05
Profilaxia e polimento coronário	R\$ 100,00	05
Manutenção Periodontal	R\$ 200,00	05
Colagem de fragmentos dentários	R\$ 150,00	05
Dessensibilização dentária (por segmento)	R\$ 100,00 boca total – 6 segmentos	05
Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	R\$ 200,00	05
Raspagem sub-gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite grave de alto risco - boca total- com orientação de higiene e profilaxia	R\$ 1200,00	05
Raspagem sub-gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite leve de baixo risco – boca total - com orientação de higiene e profilaxia	R\$ 800,00	05
Raspagem sub-gengival para tratamento não cirúrgico da periodontite moderada de médio risco -boca total - com orientação de higiene e profilaxia	R\$ 1000,00	05
Raspagem supra-gengival para tratamento da gengivite - por arcada – boca total - com orientação de higiene e profilaxia	R\$ 600,00	05
Restauração Resina Fotopolimerizável - 4 faces	R\$ 180,00	05
Restauração com ionômero de vidro	R\$ 110,00	05
Restauração Temporária	R\$ 50,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Sessão de Laserterapia – hipersensibilidade dentinária, tratamento mucosite ou xerostomia durante quimioterapia	R\$ 100,00	05
SERVIÇOS HOSPITALARES LABORATORIAIS (pacientes internados)		
1,25 Dihidroxi Vitamina D	R\$ 100,00	05
17 Alfa Hidroxiprogesterona	R\$ 30,00	05
17 Alfa Hidroxiprogesterona Neonatal	R\$ 60,00	05
17 Cetosteróides 17 KS Urina 24 Horas	R\$ 60,00	05
17 OH Hidroxiesteroides	R\$ 55,00	05
2,5 Hexanodiona	R\$ 100,00	05
3 Alfa Androstenediol	R\$ 77,00	05
Acetilcolina, Anticorpo Bloqueador do Receptor	R\$ 1.057,00	05
Acetilcolina, Anticorpo Ligador do Receptor	R\$ 441,00	05
Acetilcolina, Anticorpo Modulador do Receptor	R\$ 1.008,00	05
Acetilcolinesterase Eritrocitária	R\$ 35,00	05
Acetona	R\$ 56,00	05
Ácido 5 Hidroxi Indol Acético	R\$ 91,00	05
Ácido Cítrico Urina 24 Horas	R\$ 30,10	05
Ácido Delta Amino Levulínico	R\$ 38,50	05
Ácido Fenilgloxiílico	R\$ 49,00	05
Ácido Fenilpirúvico	R\$ 21,00	05
Ácido Fólico	R\$ 31,50	05
Ácido Hipúrico	R\$ 38,50	05
Ácido Homogentísico	R\$ 24,50	05
Ácido Homovanílico	R\$ 91,00	05
Ácido Lático (Lactato)	R\$ 25,00	05
Ácido Lático (Lactato) Líquor	R\$ 25,00	05
Ácido Mandélico	R\$ 49,00	05
Ácido Metil Hipúrico	R\$ 42,00	05
Ácido Metil Malônico	R\$ 229,60	05
Ácido Oxálico (Oxalato)	R\$ 85,40	05
Ácido TransMucônico	R\$ 70,00	05
Ácido Úrico	R\$ 15,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Ácido Úrico Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 15,40	05
Ácido Valprórico	R\$ 77,00	05
Ácido Vanil Mandélico	R\$ 91,00	05
Ácidos Graxos Livres	R\$ 70,00	05
ACTH e CORTISOL Estímulo com Desmopressina	R\$ 882,00	05
Adenosina de Aminase	R\$ 84,00	05
Adenovírus Anticorpos IgG	R\$ 91,00	05
Adenovírus Anticorpos IgM	R\$ 140,00	05
Adenovírus Fezes	R\$ 150,50	05
Agregação Plaquetária com Adrenalina	R\$ 360,50	05
Albumina, Dosagem	R\$ 15,00	05
Aldolase	R\$ 56,00	05
Aldosterona	R\$ 81,20	05
Alfa 1 Anti Tripsina (A1A)	R\$ 51,10	05
Alfa 1 Anti Tripsina Fecal	R\$ 186,20	05
Alfa 1 Glicoproteína Ácida	R\$ 35,00	05
Alfa 2 Macroglobulina	R\$ 52,50	05
Alfa Fetoproteína AFP	R\$ 52,50	05
Alumínio	R\$ 87,50	05
Amilase	R\$ 15,00	05
Amilase Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 17,50	05
Aminoácidos Cromatografia Qualitativa	R\$ 580,00	05
Aminoácidos Cromatografia Quantitativa	R\$ 567,00	05
Amônia (Urina 24h)	R\$ 91,00	05
Androstenediona	R\$ 91,00	05
Anfetaminas	R\$ 70,00	05
Anti Actina	R\$ 182,00	05
Anti SSA (RO)	R\$ 56,00	05
AntiLKM1	R\$ 56,00	05
Antibiograma	R\$ 150,00	05
Anticoagulante Lúpico	R\$ 42,00	05
Anticorpos Anti Chikungunya IgG e IgM	R\$ 100,00	05
Anticorpos Anti Insulina	R\$ 56,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Anticorpos Antiilhota	R\$ 94,50	05
Anticorpos Antitransglutaminase IGA	R\$ 112,00	05
Antitrombina III	R\$ 63,00	05
Apolipoproteína A1	R\$ 56,00	05
Apolipoproteína B	R\$ 56,00	05
Arsênico	R\$ 87,50	05
Asca, Anticorpos anti Saccharomyces cerevisiae	R\$ 224,00	05
ASLO Antiestreptolisina "O"	R\$ 15,00	05
Aspergillus, Anticorpos	R\$ 176,40	05
BAAR Baciloscopia	R\$ 21,00	05
BAAR Cultura	R\$ 161,00	05
Beta 2 Glicoproteína I, Anticorpos IgG e IgM	R\$ 602,00	05
Beta 2 Microglobulina	R\$ 119,00	05
Beta 2 Microglobulina (Urina)	R\$ 119,00	05
Beta Caroteno	R\$ 87,50	05
Beta HCG Qualitativo	R\$ 20,00	05
Beta HCG Quantitativo	R\$ 35,00	05
Beta HCG Quantitativo (Homens)	R\$ 35,00	05
Bilirrubinas	R\$ 25,00	05
Biotinidase Dosagem	R\$ 189,00	05
Biotinidase Neonatal	R\$ 77,00	05
Blastomicose, Pesquisa	R\$ 35,00	05
Bordetella, Anticorpos IgG	R\$ 101,50	05
Bordetella, Anticorpos IgM	R\$ 101,50	05
Brucelose IgG, Anticorpos	R\$ 59,50	05
Brucelose IgM, Anticorpos	R\$ 59,50	05
Brucelose Soro Aglutinação	R\$ 51,10	05
C3 Proativador Dosagem	R\$ 59,50	05
C3, Complemento Sérico	R\$ 26,60	05
C4, Complemento Sérico	R\$ 26,60	05
CA 125	R\$ 161,00	05
CA 125 Líquidos Biológicos	R\$ 35,00	05
CA 153	R\$ 161,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
CA 199	R\$ 161,00	05
CA 724	R\$ 161,00	05
Cádmio	R\$ 84,00	05
Cádmio Sanguíneo	R\$ 87,50	05
Cálcio	R\$ 15,00	05
Cálcio Iônico	R\$ 20,00	05
Cálcio Iônizado Eletrodo íon seletivo	R\$ 15,00	05
Cálcio Urinário 24 hs	R\$ 15,00	05
Calcitonina	R\$ 122,50	05
Cálculo Urinário Análise	R\$ 87,50	05
Calprotectina Fecal	R\$ 150,50	05
Candida, Anticorpos IgG	R\$ 70,00	05
Candida, Anticorpos IgM	R\$ 70,00	05
Candida, Pesquisa	R\$ 140,00	05
Capacidade de Ligação do Ferro	R\$ 12,60	05
Capacidade Latente de Ligação do Ferro	R\$ 13,30	05
Carbamazepina	R\$ 70,00	05
Carboxihemoglobina	R\$ 22,40	05
Cardiolipina Anticorpos IgG e IgM	R\$ 60,00	05
Cardiolipina IgA, Auto Anticorpos	R\$ 56,00	05
Cardiolipina IgG, Auto Anticorpos	R\$ 56,00	05
Cardiolipina IgM, Auto Anticorpos	R\$ 56,00	05
Cariótipo Pareamento Cromossômico	R\$ 910,00	05
Doenças Hematológicas		
Cariótipo Banda G	R\$ 875,00	05
Catecolaminas Frações	R\$ 136,50	05
Catecolaminas Frações (Urina 24 horas)	R\$ 136,50	05
Caxumba IgG	R\$ 87,50	05
Caxumba IgM	R\$ 94,50	05
CD19	R\$ 253,40	05
CD3, Linfócitos T auxiliar	R\$ 253,40	05
CD4 e CD8 + CD3 Subpopulação Linfocitária (T4/T8)	R\$ 129,50	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
CD4, Linfócitos T auxiliar	R\$ 73,50	05
CEA Antígeno Carcinoembriogênico	R\$ 73,50	05
CEA Antígeno Carcinoembriogênico Líquidos	R\$ 105,00	05
Centrômero, Anticorpos Anti	R\$ 56,00	05
Ceruloplasmina	R\$ 70,00	05
CH50, Complemento Total	R\$ 28,00	05
Chagas (Machado Guerreiro)	R\$ 73,50	05
Chagas, Anticorpos IgG	R\$ 73,50	05
Chagas, Anticorpos IgG Neonatal	R\$ 42,00	05
Chagas, Trypanossoma Cruzi (Hemoaglutinação)	R\$ 73,50	05
Chlamydia Trachomatis (IFI), Pesquisa	R\$ 180,00	05
Chlamydia Trachomatis Detecção por PCR	R\$ 200,00	05
Chlamydia Trachomatis Anticorpos IgA (Elisa)	R\$ 70,00	05
Chlamydia Trachomatis Anticorpos IgG (Elisa)	R\$ 51,00	05
Chlamydia Trachomatis Anticorpos IgM (Elisa)	R\$ 51,00	05
Chlamydia Trachomatis Anticorpos IgM (IFI)	R\$ 100,00	05
Chumbo Sanguíneo	R\$ 81,20	05
Chumbo Urinário	R\$ 81,20	05
Ciclosporina	R\$ 140,00	05
Cisticercose (Elisa)	R\$ 81,20	05
Cistinúria Pesquisa	R\$ 45,50	05
Cistinúria Quantitativa	R\$ 175,00	05
Citomegalovírus Anticorpos IgG	R\$ 52,50	05
Citomegalovírus Anticorpos IgG Líquor	R\$ 56,00	05
Citomegalovírus Anticorpos IgM	R\$ 77,00	05
Citomegalovírus Anticorpos IgM Líquor	R\$ 77,00	05
Citomegalovírus Avidéz Anticorpos IgG	R\$ 105,00	05
Citomegalovirus Detecção	R\$ 315,00	05
Citomegalovirus Neonatal Anticorpos IgM	R\$ 52,50	05
Citomegalovirus PCR	R\$ 315,00	05
Clearence de Creatinina (Urina de 24 horas)	R\$ 30,00	05
Clearence de Uréia	R\$ 28,00	05
Cloro	R\$ 15,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Cloro Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 15,00	05
Cloro Urinário Amostra Isolada	R\$ 15,00	05
Clostridium Difficile, Pesquisa da Toxina A e B	R\$ 147,00	05
Coagulograma	R\$ 30,00	05
Cobre	R\$ 87,50	05
Cobre Gestante	R\$ 87,50	05
Cobre Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 87,50	05
Cocaína Benzoilecgonina	R\$ 406,00	05
Cofator Ristocetina Fator V Willebrand	R\$ 248,50	05
Colesterol HDL	R\$ 15,00	05
Colesterol LDL	R\$ 15,00	05
Colesterol Não HDL	R\$ 20,00	05
Colesterol Total	R\$ 15,00	05
Colesterol Total e Frações	R\$ 30,00	05
Colesterol VLDL	R\$ 15,00	05
Colinesterase	R\$ 45,50	05
Colinesterase (Pseudocolinesterase)	R\$ 504,00	05
Complemento C1q	R\$ 87,50	05
Complemento C2 Fração	R\$ 112,00	05
Complemento C3	R\$ 28,00	05
Complemento C4	R\$ 28,00	05
Complemento C5	R\$ 105,00	05
Complemento C8	R\$ 560,00	05
Complemento C9	R\$ 196,00	05
Complemento CH 100	R\$ 28,00	05
Coombs Direto	R\$ 30,00	05
Coombs Indireto	R\$ 30,00	05
Coombs Indireto Quantitativo	R\$ 70,00	05
Coprocultura	R\$ 42,00	05
Coproporfirina Fezes	R\$ 45,50	05
Coproporfirina Urina	R\$ 45,50	05
Corpúsculos de Donovan	R\$ 35,00	05
Cortisol	R\$ 52,50	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Cortisol Basal, 30', 60' e 90' após Insulina	R\$ 45,50	05
Cortisol Livre	R\$ 84,00	05
Cortisol Salivar	R\$ 52,50	05
Cortisol Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 84,00	05
Creatina Fosfoquinase, CPK	R\$ 20,00	05
Creatina Fosfoquinase, CPKMB	R\$ 20,00	05
Creatina Quinase MB (Massa) CKMB	R\$ 20,00	05
Creatinina	R\$ 15,00	05
Creatinina com Estimativa de Filtração Glomerular R	R\$ 15,00	05
Creatinina com Estimativa de Filtração Glomerular SR	R\$ 25,00	05
Creatinina Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 17,50	05
Crioaglutininas	R\$ 24,50	05
Crioaglutininas Pesquisa	R\$ 24,50	05
Crioglobulinas Pesquisa	R\$ 14,00	05
Cromatografia de Açúcares	R\$ 101,50	05
Cromatografia de Aminoácidos (Screening)	R\$ 59,50	05
Cromatografia de Aminoácidos Quantitativo	R\$ 567,00	05
Cromo Sérico	R\$ 94,50	05
Cromo Urinário	R\$ 94,50	05
Cromo, pós Jornada	R\$ 94,50	05
Cryptosporidium, Pesquisa	R\$ 45,50	05
Cultura Fungos	R\$ 59,50	05
Cultura Streptococcus grupo B	R\$ 87,50	05
Cultura Urina Identificação	R\$ 56,00	05
Cultura Automatizada	R\$ 147,00	05
Cultura com Antibiograma	R\$ 147,00	05
Cultura de Fezes	R\$ 42,00	05
Cultura Neisseria	R\$ 140,00	05
Cultura para Bacterias Anaerobicas	R\$ 140,00	05
Cultura para Mycoplasma	R\$ 140,00	05
Cultura para Ureaplasma	R\$ 140,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Cultura, Pesquisa	R\$ 60,00	05
Curva de Insulina	R\$ 30,00	05
Curva de Tolerância a Glicose	R\$ 50,00	05
D Dímero	R\$ 112,00	05
Dengue NS1	R\$ 60,00	05
Dengue IgG, Anticorpos Anti	R\$ 60,00	05
Dengue IgG, Teste Rápido	R\$ 60,00	05
Dengue IgM, Anticorpos Anti	R\$ 35,00	05
Dengue, Detecção e Tipagem do Vírus	R\$ 434,00	05
Dengue, Teste Rápido Antígeno e Anticorpos	R\$ 60,00	05
DHEA Dehidroepiandrosterona	R\$ 25,00	05
DHEAS Sulfato de Dehidroepiandrosterona	R\$ 68,00	05
Digoxina	R\$ 87,00	05
Dihidrotestosterona DHT	R\$ 38,00	05
Dismorfismo Eritrocitário	R\$ 15,00	05
DNA estudo de Determinação de Paternidade (DUO)	R\$ 375,00	05
DNA estudo de Determinação de Paternidade (DUO)	R\$ 375,00	05
DNA estudo de Determinação de Paternidade (TRIO)	R\$ 369,00	05
DNA estudo de Determinação de Paternidade (TRIO)	R\$ 369,00	05
DNA Nativo, AutoAnticorpos Anti	R\$ 56,00	05
Doença de Lyme IgG, Borreliose	R\$ 93,00	05
Doença de Lyme IgM, Borreliose	R\$ 93,00	05
Eletroforese de Hemoglobinas	R\$ 43,00	05
Eletroforese de Lipoproteínas	R\$ 32,00	05
Eletroforese de Proteínas	R\$ 39,00	05
Eletroforese de Proteínas (Liquor)	R\$ 63,00	05
Eletroforese de Proteínas (U24)	R\$ 35,00	05
Endomísio IgA, Anticorpos Anti	R\$ 105,00	05
Endomísio IgG, Anticorpos Anti	R\$ 105,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Endomísio IgM, Anticorpos Anti	R\$ 186,00	05
Enzima Conversora da Angiotensina (ECA)	R\$ 179,00	05
Epstein BARR (EBNA)	R\$ 100,00	05
Epstein Barr IgG, Anticorpos Anti (VCA)	R\$ 59,00	05
Epstein Barr IgM, Anticorpos Anti (VCA)	R\$ 59,00	05
Eritrograma	R\$ 15,00	05
Erros Inatos de Metabolismo	R\$ 115,00	05
Espermatozóide, Anti	R\$ 161,00	05
Espermograma	R\$ 45,00	05
Estradiol	R\$ 110,00	05
Estradiol E2	R\$ 43,00	05
Estriol E3	R\$ 70,00	05
Estrona E1	R\$ 70,00	05
Etanol, Álcool Etílico	R\$ 70,00	05
Etanol, Álcool Etílico (Urina)	R\$ 70,00	05
Falcização Pesquisa de Hemoglobinas	R\$ 15,00	05
FAN Fator Antinuclear	R\$ 30,00	05
Fator IX	R\$ 70,00	05
Fator Reumatóide, quantitativo	R\$ 15,00	05
Fator Reumatóide, teste do látex (qualitativo)	R\$ 15,00	05
Fator Rh	R\$ 20,00	05
Fator V de Leiden (Detecção de Mutações)	R\$ 219,00	05
Fator VIII	R\$ 100,00	05
Fator XIII	R\$ 100,00	05
Fenilalanina PKU	R\$ 35,00	05
Fenilcetonúria, Pesquisa	R\$ 20,00	05
Fenitoína (Hidantoína, Difetilhidantoína)	R\$ 35,00	05
Fenobarbital	R\$ 60,00	05
Fenol Urinário	R\$ 45,00	05
Fenol Urinário pré Jornada	R\$ 45,00	05
Ferritina	R\$ 20,00	05
Ferro Sérico	R\$ 20,00	05
Fibrinogênio	R\$ 18,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Fluor	R\$ 30,00	05
Fosfatase Ácida Prostática	R\$ 22,00	05
Fosfatase Ácida Total	R\$ 17,00	05
Fosfatase Alcalina	R\$ 15,00	05
Fosfatase Alcalina Específica Óssea	R\$ 110,00	05
Fósforo	R\$ 15,00	05
Fósforo Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 10,00	05
Fragilidade Osmótica	R\$ 40,00	05
Frutosamina	R\$ 18,00	05
Frutose (Esperma)	R\$ 43,00	05
FSH Hormônio Folículo Estimulante	R\$ 32,00	05
FTAAbs IgG, Anticorpos Anti	R\$ 38,00	05
FTAAbs IgM, Anticorpos Anti	R\$ 20,00	05
Fungos Pesquisa	R\$ 32,00	05
G6PD Glicose6Fosfato Desidrogenase	R\$ 20,00	05
GAD, Anticorpos Anti	R\$ 160,00	05
Galactose	R\$ 26,00	05
Galactose 1 Fosfato Uridil Transferase	R\$ 350,00	05
Gama GT	R\$ 15,00	05
Gasometria Arterial	R\$ 90,00	05
Gasometria Venosa	R\$ 90,00	05
Gastrina	R\$ 80,00	05
GGT Gama Glutamil Transferase	R\$ 15,00	05
Giardia, Pesquisa	R\$ 15,00	05
Gliadina IgA, Anticorpos Anti	R\$ 81,00	05
Gliadina IgG, Anticorpos Anti	R\$ 43,00	05
Gliadina IgM, Anticorpos Anti	R\$ 39,00	05
Glicose 6, Fosfato Desidrogenase	R\$ 19,00	05
Glicose após sobrecarga de dextrosol	R\$ 20,00	05
Glicose em Jejum	R\$ 15,00	05
Glicose Pósprandial	R\$ 15,00	05
Glicose Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 15,00	05
Gordura Fecal, Pesquisa	R\$ 51,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Grupo Sanguíneo	R\$ 20,00	05
Grupo Sanguíneo e Fator Rh	R\$ 20,00	05
Haptoglobina	R\$ 22,00	05
Helicobacter Pylori IgA	R\$ 208,00	05
Helicobacter pylori IgG, Anticorpos Anti	R\$ 52,00	05
Helicobacter pylori IgM, Anticorpos Anti	R\$ 68,00	05
Hemácias, Pesquisa na Urina	R\$ 15,00	05
Hematócrito	R\$ 15,00	05
Hematozoários, Pesquisa	R\$ 15,00	05
Hemocultura	R\$ 50,00	05
Hemocultura (Aeróbios)	R\$ 50,00	05
Hemocultura (Anaeróbios)	R\$ 50,00	05
Hemoglobina	R\$ 15,00	05
Hemoglobina A2	R\$ 38,00	05
Hemoglobina Fetal	R\$ 38,00	05
Hemoglobina Glicada	R\$ 29,00	05
Hemoglobina Glicosilada	R\$ 30,00	05
Hemoglobina H, Pesquisa	R\$ 12,00	05
Hemograma Completo	R\$ 15,00	05
Hemograma Gestante 1º Trimestre	R\$ 15,00	05
Hemograma Gestante 2º Trimestre	R\$ 15,00	05
Hemograma Gestante 3º Trimestre	R\$ 15,00	05
Hepatite A Anti HAV IgG	R\$ 51,00	05
Hepatite A Anti HAV IgM	R\$ 56,00	05
Hepatite A Anti HAV Total	R\$ 120,00	05
Hepatite Auto Imune	R\$ 500,00	05
Hepatite B Anti HBc IgG	R\$ 43,00	05
Hepatite B Anti HBc IgM	R\$ 43,00	05
Hepatite B Anti HBc Total	R\$ 43,00	05
Hepatite B Anti HBe	R\$ 43,00	05
Hepatite B Anti HBs	R\$ 30,00	05
Hepatite B HBeAg	R\$ 43,00	05
Hepatite B HBsAg (Antígeno Austrália)	R\$ 30,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Hepatite B PCR	R\$ 576,00	05
Hepatite C Anti HCV	R\$ 30,00	05
Hepatite C Genotipagem	R\$ 907,00	05
Hepatite C Quantificação	R\$ 550,00	05
Hepatite C, PCR para HCV qualitativo	R\$ 300,00	05
Hepatite D	R\$ 124,00	05
Hepatite Delta IgM	R\$ 93,00	05
Hepatite E Anti HEV IgG	R\$ 147,00	05
Hepatite E Anti HEV IgM	R\$ 185,00	05
Herpes Simples tipos 1 e 2 Anticorpos IgG	R\$ 55,00	05
Herpes Simples tipos 1 e 2 Anticorpos IgM	R\$ 55,00	05
Herpes zoster IgG, Anticorpos Anti	R\$ 87,00	05
Herpes zoster IgM, Anticorpos Anti	R\$ 56,00	05
Herpes, Pesquisa	R\$ 60,00	05
HGH Hormônio do Crescimento	R\$ 56,00	05
Hidroxiprolina Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 137,00	05
Histona	R\$ 50,00	05
Histoplasmoze, Sorologia	R\$ 126,00	05
HIV Quantificação por PCR	R\$ 489,00	05
HIV Western Blot	R\$ 292,00	05
HIV 1 e 2 Pesquisa Duas Metodologias	R\$ 80,00	05
HIV 1 e 2 Pesquisa de Antígeno e Anticorpos	R\$ 69,00	05
HIV 1 e 2 Pesquisa de Antígeno e Anticorpos	R\$ 81,00	05
HIV 1 e 2 Pesquisa de Antígeno e Anticorpos	R\$ 81,00	05
HIV Carga Viral	R\$ 489,00	05
HLA B27 Detecção por PCR	R\$ 110,00	05
Homocisteína	R\$ 79,00	05
HPV, Captura Híbrida Alto e Baixo Risco	R\$ 141,00	05
HTLV I/II, Anticorpos Anti	R\$ 72,00	05
HTLV Western Blot	R\$ 861,00	05
IgA, Imunoglobulina A	R\$ 30,00	05
IgD, Imunoglobulina D	R\$ 50,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (Azitro) Azitromicina	R\$ 85,00	05
IgE Específico (C1) Penicilina G	R\$ 57,00	05
IgE Específico (C2) Penicilina V	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C207) Ácido Acetilsalicílico	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C208) Pyrazolone	R\$ 93,00	05
IgE Específico (C209) Paracetamol	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C211) Tetraciclina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C212) Eritromicina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C223) Sulfametoxazol	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C231) Articaína	R\$ 66,00	05
IgE Específico (C233) Mepivacaína	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C234) Prilocaína	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C235) Tetracaína	R\$ 85,00	05
IgE Específico (C243) Tiopental	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C260) Morfina	R\$ 81,00	05
IgE Específico (C279) Tartrazina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C281) Diclofenaco de sódio	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C282) Indometacina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C283) Naproxeno	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C286) Anticorpos, Ibuprofeno	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C294) Dipirona	R\$ 243,00	05
IgE Específico (C300) Codeína	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C303) Procaína	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C305) Ácido Clavulânico	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C307) Ciprofloxacina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C309) Cefalexina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C310) Cloxacilina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C320) AcetilCisteína	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C375) Fosfomicina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C386) Cetoprofeno	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C398) Metronidazol	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C419) Fenilbutazona	R\$ 98,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (C5) Ampicilina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C6) Amoxicilina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C616) Iodo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C645) Titânio	R\$ 81,00	05
IgE Específico (C703) Ácido Benzóico	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C719) Vitamina B1	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C720) Vitamina B6	R\$ 98,00	05
IgE Específico (C721) Vitamina B12	R\$ 98,00	05
IgE Específico (D1) Ácaros Dermatophagoides pteronyssinus	R\$ 98,00	05
IgE Específico (D2) Ácaros Dermatophagoides farinae	R\$ 98,00	05
IgE Específico (D3) Ácaros Dermatophagoides microcera	R\$ 98,00	05
IgE Específico (D70) Ácaros Acarus siro	R\$ 98,00	05
IgE Específico (D72) Ácaros T Putrescentiae (RAST 72)	R\$ 98,00	05
IgE Específico (E1) Epitélio Caspa de Gato	R\$ 98,00	05
IgE Específico (E201) Penas de Canário	R\$ 98,00	05
IgE Específico (E5) Epitélios Caspa de Cão	R\$ 98,00	05
IgE Específico (E78) Penas de Periquito	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F1) Alimentos Clara de Ovo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F10) Semente de Gergelim	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F12) Alimentos Ervilha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F13) Alimentos Amendoim	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F14) Alimentos Grão de soja	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F17) Alimentos Avelã	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F2) Alimentos Leite	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F20) Alimentos Amêndoa	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F202) Alimentos Castanha de Caju	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F210) Alimentos Ananás (Abacaxi)	R\$ 98,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (F212) Alimentos Champignon	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F213) Alimentos Carne de Coelho	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F215) Alimentos Alface	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F23) Alimentos Caranguejo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F232) Ovoalbumina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F233) Ovomucóide	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F237) Alimentos Damasco	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F24) Alimentos Camarão	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F242) Alimentos Cereja	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F245) Alimentos Ovo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F247) Mel	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F225) Alimentos Abóbora	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F25) Alimentos Tomate	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F255) Alimentos Ameixa	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F258) Alimentos Lula	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F26) Alimentos Carne de Porco	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F261) Alimentos Aspargo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F262) Alimentos Berinjela	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F27) Alimentos Carne de Vaca	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F284) Alimentos Carne de Peru	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F291) Alimentos Couve-flor	R\$ 60,00	05
IgE Específico (F294) Alimentos Maracujá	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F299) Alimentos Castanha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F31) Alimentos Cenoura	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F331) Alimentos Açafrão	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F340) Extrato de Cochonilha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F35) Alimentos Batata	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F351) Tropomiosina Recombinante de Camarão	R\$ 244,00	05
IgE Específico (F4) Alimentos Trigo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F41) Salmão	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F416) Ômega5	R\$ 344,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (F45) Saccharomyces cerevisiae	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F47) Alimentos Alho	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F48) Alimentos Cebola	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F5) Alimentos Centeio	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F51) Alimentos Broto de Bambu	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F54) Alimentos Batata Doce	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F6) Alimentos Cevada	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F7) Alimentos Aveia	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F75) Alimentos Gema de Ovo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F76) Alfa Lactoalbumina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F77) Beta Lactoglobulina	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F79) Alimentos Glúten	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F8) Alimentos Milho	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F83) Alimentos Carne de Galinha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F88) Alimentos Carne de Carneiro	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F89) Alimentos Mostarda	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F9) Alimentos Arroz	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F92) Alimentos Banana	R\$ 98,00	05
IgE Específico (F93) Alimentos Cacau	R\$ 56,00	05
IgE Específico (G1) Anthoxanthum Odorum	R\$ 98,00	05
IgE Específico (G16) Alopecurus Pratensis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (G7) Phragmites Communis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I1) Veneno de Abelha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I1) Xylocaína (Lidocaína)	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I204) Tabanus (Mosca Mutuca)	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I4) Veneno de Marimondo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I6) Barata	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I70) Formiga	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I71) Pernilongo	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I72) Cladotanytarsus Lewisi	R\$ 98,00	05
IgE Específico (I8) Bombyz Mori	R\$ 98,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (IGEP) Phadiatop Infantil	R\$ 98,00	05
IgE Específico (IGEGAL) AlfaGalactose 1,3	R\$ 359,00	05
IgE Específico (ISAC) Óxido de Etileno	R\$ 98,00	05
IgE Específico (K79) Alopercurus Pratensis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (K82) Látex	R\$ 98,00	05
IgE Específico (K83) Semente de Algodão	R\$ 98,00	05
IgE Específico (K84) Semente de Girassol	R\$ 98,00	05
IgE Específico (K86) Anidrido Trimetílico (TMA)	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M16) Curvularia Lunata	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M2) Cladosporium Herbarum	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M3) Aspergillus Fumigatus	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M4) Mucor Racemosus	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M5) Candida Albicans	R\$ 98,00	05
IgE Específico (M70) Pityrosporum Orbiculare	R\$ 98,00	05
IgE Específico (P1) Ascaris	R\$ 98,00	05
IgE Específico (P4) Anisakis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF219) Erva Doce	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF220) Alimentos Canela	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF221) Alimentos Café	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF260) Alimentos Brócolis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF270) Gengibre	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF308) Sardinha	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF314) Escargot	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF319) Alimentos Beterraba	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RF342) Alimentos Azeitona	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RI205) Bombus Terrestris	R\$ 98,00	05
IgE Específico (RI207) Barata Oriental	R\$ 115,00	05
IgE Específico (RW206) Matricaria Chamomila	R\$ 120,00	05
IgE Específico (T18) Eucalyptus	R\$ 98,00	05
IgE Específico (T22) Carya Pecan	R\$ 98,00	05
IgE Específico (W10) Chenopodium Album	R\$ 446,00	05
IgE Específico (W13) Xanthium Commune	R\$ 98,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
IgE Específico (W14) Amaranthus Retroflexus	R\$ 98,00	05
IgE Específico (W15) Atriplex Lentiformis	R\$ 98,00	05
IgE Específico (W3) Ambrosia Trifida	R\$ 126,00	05
IgE Específico (W7) Crysanthemum Leucanthemum	R\$ 70,00	05
IgE Pannel (EX70) Animais 70	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (FX2) Alimentos 2 (Frutos do Mar)	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (FX3) Alimentos 3 (Cereais)	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (GX1) Gramíneas	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (GX2) Gramíneas	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (GX3) Gramíneas	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (GX4) Gramíneas	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (HX2) Pó de casa	R\$ 98,00	05
IgE Pannel (MX1) Fungos e Leveduras	R\$ 98,00	05
IgE, Imunoglobulina E	R\$ 30,00	05
IgG, Imunoglobulina G	R\$ 42,00	05
IgM, Imunoglobulina M	R\$ 42,00	05
Imunoeletoforese de Proteínas Séricas Descritivo	R\$ 60,00	05
Imunofenotipagem para Linfócitos T CD3 e B CD19	R\$ 150,00	05
Imunofenotipagem para Linfócitos T CD3/Subpopulação CD4 CD8	R\$ 70,00	05
Imunoglobulina IgA	R\$ 42,00	05
Imunoglobulina IgG	R\$ 98,00	05
Imunoglobulina IgG (Urina)	R\$ 60,00	05
Imunoglobulina IgM	R\$ 42,00	05
Imunoglobulina IgM (Urina)	R\$ 60,00	05
Índice de Homa IR	R\$ 29,00	05
Inibidor de C1 Esterase	R\$ 49,00	05
Insulina	R\$ 18,00	05
Insulina Livre	R\$ 557,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Iontoforese (Teste de Triagem no Suor para Fibrose Cística)	R\$ 333,00	05
Isoaglutininas	R\$ 26,00	05
Isospora, Pesquisa	R\$ 21,00	05
ITL Índice de Tiroxina Livre	R\$ 85,00	05
JO1, Anticorpos Anti	R\$ 43,00	05
KPTT Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado	R\$ 15,00	05
Lactose 50 gramas (30 min)	R\$ 20,00	05
Lamotrigina	R\$ 93,00	05
Latex	R\$ 20,00	05
LDH Lactato Desidrogenase	R\$ 15,00	05
Leishmaniose	R\$ 104,00	05
Leishmaniose pesquisa Visceral	R\$ 56,00	05
Leptospirose Aglutinação	R\$ 67,00	05
Leptospirose, Anticorpos IgG (IFI)	R\$ 115,00	05
Leptospirose, Anticorpos IgM (IFI)	R\$ 100,00	05
Leucócitos Pesquisa Quantitativa	R\$ 120,00	05
Leucograma	R\$ 15,00	05
LH Hormônio Luteinizante	R\$ 32,00	05
Linfócitos T citotóxico CD8+	R\$ 200,00	05
Lipase	R\$ 15,00	05
Lípides Totais (Lipídios)	R\$ 30,00	05
Lipidograma	R\$ 30,00	05
Lipoproteína LP(a)	R\$ 56,00	05
Líquido Ascítico, Rotina	R\$ 40,00	05
Líquido Pleural, Rotina	R\$ 40,00	05
Líquido Sinovial, Rotina	R\$ 40,00	05
Líquor, Rotina	R\$ 50,00	05
Listeriose, Sorologia	R\$ 93,00	05
Lítio	R\$ 36,00	05
Lítio Sérico	R\$ 60,00	05
Maconha Canabinóides (THC)	R\$ 70,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Macroprolactina	R\$ 43,00	05
Magnésio	R\$ 15,00	05
Magnésio Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 15,00	05
Malária, Anticorpos IgG	R\$ 75,00	05
Malária, Anticorpos IgM	R\$ 75,00	05
Maltose, teste de tolerância padrão	R\$ 246,00	05
Manganês Sanguíneo	R\$ 69,00	05
Manganês Sérico	R\$ 80,00	05
Manganês Urinário	R\$ 69,00	05
Manganês Urinário Pré Jornada	R\$ 69,00	05
Mercúrio Sanguíneo	R\$ 74,00	05
Mercúrio Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 74,00	05
Metahemoglobina MHB	R\$ 22,00	05
Metanefrinas Totais e Frações	R\$ 98,00	05
Metanol	R\$ 69,00	05
Metil Etilcetona	R\$ 54,00	05
Microalbuminúria	R\$ 30,00	05
Microalbuminúria (Urina 12 horas)	R\$ 30,00	05
Microalbuminúria (Urina 24 horas)	R\$ 30,00	05
Microsomal, Anticorpos Anti (TPO)	R\$ 40,00	05
Mielograma (Punção de Medula Ósea)	R\$ 400,00	05
MIF Parasitológico	R\$ 45,00	05
Mioglobina	R\$ 73,00	05
Mioglobina Urinária	R\$ 57,00	05
Mitocôndria, Anti	R\$ 56,00	05
Mononucleose, Anticorpos Heterófilos	R\$ 43,00	05
Mucoproteínas	R\$ 22,00	05
Músculo Esquelético, Anticorpos Anti	R\$ 439,00	05
Músculo Estriado, Anticorpos Anti	R\$ 439,00	05
Músculo liso, Anticorpos Anti	R\$ 56,00	05
Mutação do Gene da Protrombina G20210A	R\$ 1.419,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Mutação Gene da Metilenotetrahidrofolato Redutase (MTHFR) C677T e A1298C	R\$ 379,00	05
Mycoplasma pneumoniae IgG, Anticorpos Anti	R\$ 70,00	05
Mycoplasma pneumoniae IgM, Anticorpos Anti	R\$ 85,00	05
NTelopectídeo	R\$ 124,00	05
Neisseria, Pesquisa	R\$ 136,00	05
Neutrófilos, Anti (CANCA)	R\$ 60,00	05
Neutrófilos, Anti (PANCA)	R\$ 60,00	05
Níquel	R\$ 69,00	05
Opiáceos	R\$ 70,00	05
Osmolalidade	R\$ 37,00	05
Osteocalcina	R\$ 93,00	05
Oxcarbazepina	R\$ 87,00	05
Oxiúros, Pesquisa	R\$ 15,00	05
Papanicolaou (Citopatológico)	R\$ 20,00	05
Parasitológico (Quantificação de Ovos e Helmintos)	R\$ 15,00	05
Parasitológico de Fezes	R\$ 15,00	05
Paratormônio molécula intacta	R\$ 93,00	05
Parvovírus B 19 Anticorpos IgG	R\$ 101,00	05
Parvovírus B 19 Anticorpos IgG e IgM	R\$ 200,00	05
Parvovírus B 19 Anticorpos IgM	R\$ 101,00	05
PCR para Chikungunya	R\$ 431,00	05
Peptídeo C	R\$ 55,00	05
Peptídeo, Anti C Citrulinado	R\$ 206,00	05
Pesquisa da Resistência da Proteína C ativada	R\$ 254,00	05
Pesquisa de Células LE	R\$ 15,00	05
Pesquisa de Filaria	R\$ 43,00	05
pH Fecal	R\$ 23,00	05
pH Urina	R\$ 15,00	05
Plaquetas, Contagem	R\$ 15,00	05
Plasmódio, Pesquisa	R\$ 15,00	05
Pneumococos, Anticorpos Anti	R\$ 249,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Porfobilinogênio, Pesquisa	R\$ 32,00	05
Potássio	R\$ 15,00	05
Potássio Urinário	R\$ 15,00	05
PréAlbumina	R\$ 45,00	05
Primidona	R\$ 144,00	05
ProBNP (Peptídeo Natriurético Cerebral) N Terminal	R\$ 349,00	05
Progesterona	R\$ 41,00	05
Prolactina	R\$ 43,00	05
Proteína C Funcional	R\$ 115,00	05
Proteína C Reativa Quantitativa	R\$ 200,00	05
Proteína C Reativa Ultra Sensível	R\$ 250,00	05
Proteína Ligadora IGFI tipo 3	R\$ 94,00	05
Proteína S Funcional	R\$ 179,00	05
Proteína S Livre	R\$ 308,00	05
Proteína S Total	R\$ 464,00	05
Proteína Urinária (Urina 06 horas)	R\$ 120,00	05
Proteína Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 200,00	05
Proteínas de Bence Jones Pesquisa	R\$ 30,00	05
Proteínas Totais	R\$ 30,00	05
Proteínas Totais e Frações	R\$ 30,00	05
Prova Coprológica Funcional	R\$ 75,00	05
Prova do Laço	R\$ 120,00	05
Prova do TRHTSH	R\$ 196,00	05
Provas Hepáticas	R\$ 60,00	05
Provas Reumáticas	R\$ 55,00	05
PSA Livre Antígeno Prostático Específico	R\$ 81,00	05
PSA Total Antígeno Prostático Específico	R\$ 81,00	05
PSA Total/ Livre	R\$ 81,00	05
Psitacose IgA	R\$ 220,00	05
Psitacose IgG	R\$ 91,00	05
Psitacose IgM	R\$ 91,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
PTH Paratormônio	R\$ 93,00	05
Renina	R\$ 30,00	05
Reserva Alcalina	R\$ 15,00	05
Reticulócitos Contagem	R\$ 12,00	05
RNP, Anticorpos Anti	R\$ 43,00	05
Rotavírus, Pesquisa	R\$ 35,00	05
Rubéola IgG, Anticorpos	R\$ 51,00	05
Rubéola IgM, Anticorpos	R\$ 60,00	05
Rubéola Neonatal IgM, Anticorpos	R\$ 63,00	05
Sacarose, teste de tolerância	R\$ 30,00	05
Sangue Oculto	R\$ 20,00	05
Sarampo, Anticorpos IgG	R\$ 41,00	05
Sarampo, Anticorpos IgM	R\$ 48,00	05
Scl 70, Anticorpos Anti	R\$ 43,00	05
Selênio	R\$ 87,00	05
Serotonina	R\$ 100,00	05
Sertralina	R\$ 269,00	05
SHBG Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais	R\$ 94,00	05
Sífilis	R\$ 60,00	05
Sífilis Neonatal	R\$ 52,00	05
SM, Anticorpos Anti	R\$ 63,00	05
Sódio	R\$ 15,00	05
Sódio Urinário (Urina 24 horas)	R\$ 15,00	05
Somatomedina C (IGF 1)	R\$ 118,00	05
SSA (Ro), Anticorpos Anti	R\$ 56,00	05
SSB (LA), Anticorpos Anti	R\$ 56,00	05
Subclasse IgG	R\$ 88,00	05
Substâncias Redutoras, Pesquisa	R\$ 22,00	05
T3 Retenção	R\$ 36,00	05
T3 Reverso	R\$ 241,00	05
T3 Total	R\$ 32,00	05
T3 Triiodotironina Livre	R\$ 40,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
T4 Tiroxina (Total)	R\$ 41,00	05
T4 Tiroxina Livre	R\$ 51,00	05
Tacrolimus, Dosagem	R\$ 271,00	05
Tempo de Atividade da Protrombina TAP	R\$ 40,00	05
Tempo de Coagulação TC	R\$ 40,00	05
Tempo de Sangramento TS	R\$ 40,00	05
Tempo de Trombina	R\$ 40,00	05
Teofilina	R\$ 72,00	05
Teste de Estímulo do GH após Exercício	R\$ 344,00	05
Teste de Supressão do Cortisol após Dexametasona	R\$ 30,00	05
Teste de Tolerância a Insulina	R\$ 40,00	05
Teste do Pezinho Básico	R\$ 166,00	05
Teste do Pezinho Perfil Ampliado	R\$ 286,00	05
Teste do Pezinho Perfil Master	R\$ 315,00	05
Teste Molecular para Zika Vírus	R\$ 516,00	05
Testosterona Biodisponível	R\$ 74,00	05
Testosterona Livre	R\$ 64,00	05
Testosterona Total	R\$ 43,00	05
TIBC Ferro Sérico	R\$ 15,00	05
Tireoglobulina	R\$ 70,00	05
Tireoglobulina, Anticorpos Antitireóide	R\$ 68,00	05
Tireoperoxidase, Anticorpos Anti TPO	R\$ 56,00	05
Topiramato	R\$ 380,00	05
Toxocara IgG, Anticorpos Anti	R\$ 74,00	05
Toxocara IgM, Anticorpos Anti	R\$ 75,00	05
Toxoplasmose IgA	R\$ 85,00	05
Toxoplasmose IgG (ECLIA)	R\$ 37,00	05
Toxoplasmose IgG, (IFI)	R\$ 40,00	05
Toxoplasmose IgM (ECLIA)	R\$ 37,00	05
Toxoplasmose IgM, (IFI)	R\$ 40,00	05
Toxoplasmose, Avidéz	R\$ 87,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
TRAB Anticorpo Anti Receptor de TSH	R\$ 118,00	05
Transaminase Oxalacetica Aspartato Aminotransferase (TGO)	R\$ 40,00	05
Transaminase Piruvica (TGP)	R\$ 40,00	05
Transferrina	R\$ 30,00	05
Treponema Pallidum Pesquisa	R\$ 40,00	05
Triagem Toxicológica	R\$ 110,00	05
Triclorocompostos Totais	R\$ 43,00	05
Triglicerídeos	R\$ 40,00	05
Tripanossoma Pesquisa	R\$ 43,00	05
Tripanossoma Pesquisa de Anticorpos IgG Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 43,00	05
Tripanossoma Pesquisa de Anticorpos IgM Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 51,00	05
Tripsina Imunoreativa	R\$ 26,00	05
Tripsina Imunorreativa (IRT)	R\$ 26,00	05
Troponina Cardíaca I	R\$ 60,00	05
Troponina T	R\$ 60,00	05
TSH Hormônio Tiroestimulante Ultrasensível	R\$ 35,00	05
Uréia	R\$ 15,00	05
Uréia PósDiálise	R\$ 30,00	05
Uréia Urinária (Urina 24 horas)	R\$ 15,00	05
Urina Parcial	R\$ 15,00	05
Urocultura Cultura Urina	R\$ 40,00	05
Varicela Zoster IgG, Anticorpos Anti	R\$ 87,00	05
Varicela Zoster IgM, Anticorpos Anti	R\$ 98,00	05
Vasopressina Hormônio Anti Diurético	R\$ 300,00	05
Vasopressina Hormônio Anti Diurético (Urina 24h)	R\$ 300,00	05
VDRL Lues	R\$ 30,00	05
VHS Velocidade de Hemossedimentação	R\$ 15,00	05
Vitamina A	R\$ 159,00	05
Vitamina B1	R\$ 113,00	05
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Vitamina B12	R\$ 56,00	05
Vitamina B12 Com Diluição	R\$ 30,00	05
Vitamina B2 FAD (Riboflavina)	R\$ 124,00	05
Vitamina B3 (Niacina)	R\$ 368,00	05
Vitamina B5 (Ácido Pantotênico)	R\$ 883,00	05
Vitamina B6	R\$ 147,00	05
Vitamina C (Ácido Ascórbico)	R\$ 93,00	05
Vitamina D 1,25 Dihidroxi	R\$ 100,00	05
Vitamina D, 25 Hidroxi	R\$ 98,00	05
Vitamina E	R\$ 159,00	05
Vitamina K	R\$ 281,00	05
Zinco	R\$ 81,00	05
Zinco Eritrocitário	R\$ 117,00	05
Zinco Protoporfirina	R\$ 81,00	05
Zinco Urinário	R\$ 81,00	05
EXAMES DE IMAGEM HOSPITALAR (pacientes internados)		
TC Abdome Superior	R\$ 600,00	10
TC Abdome total (Abdome Superior, Pelve e Retroperitônio)	R\$ 600,00	10
Angiotomografia (Crânio ou Pescoço ou Tórax ou Abdome Superior ou Pelve) arterial ou Venosa	R\$ 1.500,00	10
Angiotomografia de Aorta Abdominal	R\$ 1.500,00	10
Angiotomografia de Aorta Torácica	R\$ 1.500,00	10
TC Articulação (Esternoclavicular ou Ombro ou Punho ou Sacroilíacas ou Coxofemoral ou Joelho ou Pé) Unilateral	R\$ 350,00	10
TC Articulações Temporomandibulares	R\$ 350,00	10
TC Coluna Segmento Adicional	R\$ 350,00	10
TC Coluna Cervical ou Dorsal ou Lombar (até 3 segmentos)	R\$ 350,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
TC Coração para avaliação do escore de cálcio coronariano	R\$ 350,00	10
TC Crânio ou Sela ou Órbitas	R\$ 350,00	10
TC Dental (dentscan)	R\$ 350,00	10
Endoscopia Virtual por TC – acrescentar ao exame de base	R\$ 350,00	10
Escanometria digital	R\$ 350,00	10
TC Face ou Seios da Face	R\$ 350,00	10
TC Mastóides ou Orelhas	R\$ 350,00	10
TC Pelve ou Bacia	R\$ 350,00	10
TC Pescoço (partes moles, laringe, tireóide e faringe)	R\$ 350,00	10
TC Reconstrução Tridimensional – acrescentar ao exame de base	R\$ 350,00	10
TC Segmentos Apendiculares (Braço ou Antebraço ou Mão ou Coxa ou Perna ou Pé)	R\$ 350,00	10
TC para PET dedicado Oncológico	R\$ 350,00	10
TC Torax	R\$ 350,00	10
USG Abdome Inferior Feminino (bexiga, útero, ovário e anexos)	R\$ 150,00	10
USG Abdome Inferior Masculino (bexiga, próstata e vesículas/ seminiais)	R\$ 150,00	10
USG Abdome Superior (figado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	R\$ 150,00	10
USG Abdome total (inclui abdome inferior)	R\$ 200,00	10
USG Aparelho Urinario Feminino (rins, ureteres e bexiga)	R\$ 150,00	10
USG Aparelho Urinario Masculino (rins, ureteres, bexiga e próstata)	R\$ 150,00	10
USG Articular (por articulação)	R\$ 150,00	10
USG Dermatológico Pele e Subcutâneo	R\$ 150,00	10
Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior – Unilateral	R\$ 300,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Doppler Colorido de Membro Superior – Unilateral	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido Arterial de Aorta e Arterias Renais	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Aorta e Iliacas	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Arterias Peninanas (sem farmaco indução)	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Arterias Viscerais (mesentericas superior e inferior e tronco celiaco)	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Hemangioma	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Orgao ou Estrutura Isolada	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Vasos Cervicais Arteriais Bilateral (carotidas e vertebrais)	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Vasos Cervicais Venosos Bilateral (subclávias e jugulares)	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido de Veia Cava Superior ou Inferior	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido Peniano com Farmaco indução	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido Transcraniano ou Transfontanela	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior – unilateral	R\$ 300,00	10
Doppler Colorido Venoso de Membro Superior – unilateral	R\$ 300,00	10
Ecodopplercardiograma com Contraste Intracavitario	R\$ 250,00	10
Ecodopplercardiograma com Contraste para Perfusao Miocardica	R\$ 250,00	10
Ecodopplercardiograma com Estresse Farmacologico	R\$ 800,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
Ecodopplercardiograma Fetal com Mapeamento de Fluxo em Cores	R\$ 500,00	10
Ecodopplercardiograma Transesofagico (inclui transtoracico)	R\$ 250,00	10
Ecodopplercardiograma transtoracico	R\$ 800,00	10
USG Estruturas Superficiais (cervical pi axilas ou musculo ou tendao)	R\$ 150,00	10
USG Glandulas Salivares (todas)	R\$ 150,00	10
USG Globo Ocular – Bilateral	R\$ 150,00	10
USG Globo Ocular com Doppler Colorido – Bilateral	R\$ 150,00	10
USG Histerossonografia	R\$ 150,00	10
USG Mamas	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica com Translucencia Nucal	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica Convencional com Doppler Colorido	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica Gestacao multipla com Doppler colorido: cada feto	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica Gestacao multipla: cada feto	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica Morfologica	R\$ 150,00	10
USG Obstetrica: Perfil biofisico fetal	R\$ 150,00	10
USG Orgaos superficiais (tiroide ou escroto ou penis ou cranio)	R\$ 150,00	10
USG Prostata Transretal (inclui abdome inferior masculino)	R\$ 150,00	10
USG Retroperitonio (grandes vasos ou adrenais)	R\$ 150,00	10
USG Toracico extracardiaco	R\$ 150,00	10
USG Transvaginal (inclui abdome inferior feminino)	R\$ 150,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
USG Transvaginal para controle de ovulacao (3 ou mais exames) (inclui abdome inferior feminino)	R\$ 150,00	10
USG Tridimensional – acrescentar ao exame de base	R\$ 150,00	10
USG Ultrasonografia biomicroscopia – monocular	R\$ 150,00	10
USG Ultrasonografia Diagnostica – monocular	R\$ 150,00	10
RX Adenoides ou Cavum	R\$ 50,00	10
RX Arcada Dentaria (por arcada)	R\$ 50,00	10
RX Arcos Zigomaticos ou malar ou apofises estiloides	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Temporomandibular – bilateral	R\$ 50,00	10
RX Cranio 2 incidencias	R\$ 50,00	10
RX Cranio 3 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Cranio 4 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Incidencia adicional de Cranio ou Face	R\$ 50,00	10
RX Maxilar Inferior	R\$ 50,00	10
RX Orbitas – bilateral	R\$ 50,00	10
RX Orelha, Mastoides ou Rochedos – bilateral	R\$ 50,00	10
RX Ossos da Face	R\$ 50,00	10
RX Panoramica de Mandibula (ortopantomografia)	R\$ 50,00	10
RX Planigrafia Linear de Cranio ou Sela Turcica ou Face ou Mastoide	R\$ 50,00	10
RX Radiografia Oclusal	R\$ 50,00	10
RX Radiografia periapical	R\$ 50,00	10
RX Seios da Face	R\$ 50,00	10
RX Sela Turcica	R\$ 50,00	10
RX Teleperfil em celalostato – com tracado	R\$ 50,00	10
RX Teleperfil em celalostato – sem tracado	R\$ 50,00	10
RX Coluna Cervical – 3 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Coluna Cervical – 5 incidencias	R\$ 60,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
RX Coluna Dorsal – 2 incidencias	R\$ 50,00	10
RX Coluna Dorsal – 4 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Coluna Dorsolombar para escoliose	R\$ 50,00	10
RX Coluna Lombosacra – 5 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Coluna Lombosacra – 3 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Coluna Total para Escoliose (telespondilografia)	R\$ 50,00	10
RX Incidencia Adicional de coluna	R\$ 50,00	10
RX Planigrafia de coluna Vertebral (dois planos)	R\$ 50,00	10
RX SacroCoccix	R\$ 50,00	10
RX Antebraco	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Acromioclavicular	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Escapuloumeral (ombro)	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Esternoclavicular	R\$ 50,00	10
RX Braco	R\$ 50,00	10
RX Clavicula	R\$ 50,00	10
RX Costelas – por Hemitorax	R\$ 50,00	10
RX Cotovelo	R\$ 50,00	10
RX Esterno	R\$ 50,00	10
RX Incidencia adicional de Membro Superior	R\$ 50,00	10
RX Mao ou Quairodactilo	R\$ 50,00	10
RX Maos e Punhos para idade ossea	R\$ 50,00	10
RX Omopata ou Escapula	R\$ 50,00	10
RX Punho	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Coxofemoral (quadril)	R\$ 50,00	10
RX Articulacao Tibiotarsica (tornozelo)	R\$ 50,00	10
RX Articulacoes Sacroilicas	R\$ 50,00	10
RX Bacia	R\$ 50,00	10
RX Calcaneo	R\$ 50,00	10
RX Coxa	R\$ 50,00	10
RX Escanometria	R\$ 50,00	10
RX Incidencia Adicional de Membro Inferior	R\$ 50,00	10
ESPECIALIDADE/SERVIÇO	UND	QUANTIDADE MÁXIMA

		MENSAL ESTIMADA
RX Joelho	R\$ 50,00	10
RX Panorâmica dos Membros Inferior	R\$ 50,00	10
RX Patela	R\$ 50,00	10
RX Pe ou Pododactilo	R\$ 50,00	10
RX Perna	R\$ 50,00	10
RX Coracao e Vasos da Base	R\$ 50,00	10
RX Laringe ou Hipofaringe ou Pescoco (partes moles)	R\$ 50,00	10
RX Planigrafia de Torax, Mediastino ou Laringe	R\$ 50,00	10
RX Torax – 1 incidencia	R\$ 50,00	10
RX Torax – 2 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Torax – 3 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Torax – 4 incidencias	R\$ 60,00	10
RX Abdome Agudo	R\$ 50,00	10
RX Abdome Simples	R\$ 50,00	10

3.2.1 - Para serviços de **LABORATÓRIO/ANÁLISES CLÍNICAS** realizados eventualmente (fora de casos de internação) que **NÃO** estejam cobertos pelo SUS, os valores serão pactuados pela referência da **Tabela AMB 96** vigente à época disponível para consulta pelo link <https://www.ans.gov.br/> com limite máximo mensal de exames fixado em **R\$ 5.000,00(cinco mil reais)**.

3.2.2 - Os valores pela prestação dos serviços efetivados por pessoas jurídicas serão os mesmos, caso os objetos identifiquem com os dispostos nesta Tabela de Referência, todavia eventuais procedimentos que não estejam aqui dispostos poderão ser pactuados pelos valores constantes na Planilha de Custos – SUS, ou outra Tabela Oficial de mercado, desde que não superem os valores regionais e mediante justificativa técnica conforme dispõe a IN 014/16 do TCM/GO.

3.3. MATERIAIS, MEDICAMENTOS, HONORÁRIOS MÉDICOS, TAXAS E DIÁRIAS - HOSPITAIS, CLÍNICAS MÉDICAS, CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS, ASSISTÊNCIA MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS, LABORATÓRIOS E PROFISSIONAIS:

3.3.1 - **Nos casos cirúrgicos ou internações em estabelecimentos médicos não trabalhem pelo preço SUS**, mediante a justificativa do profissional responsável, o Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera se sujeitará ao desembolso dos valores referenciais das seguintes tabelas pelo uso de:

3.3.1.1. - **MATERIAS** - **Tabela SIMPRO** vigente à época disponível para consulta pelo link <https://www.portaltuss.com.br/>;

3.3.1.2. - MEDICAMENTOS - Tabela BRASINDICE vigente à época disponível para consulta pelo link <https://www.brasindice.com.br/Home/RevistaEletronica/>;

3.3.1.3 - HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - Tabela SIMPRO vigente à época disponível para consulta pelo link <https://www.portaltuss.com.br/>.

3.3.1.4 - LABORATÓRIO/ANÁLISES CLÍNICAS – conforme referenciado na Tabela de Referência aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Anhanguera.

3.3.2 - Quanto necessários os pagamentos de TAXAS e DIÁRIAS de serviços avulsos, internações e/ou deslocamento de profissional pagas pelo Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera, seguirão os seguintes patamares:

TAXAS E DIÁRIAS		
PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO (R\$) - MÁXIMO	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL ESTIMADA
Diária de Enfermaria	R\$ 150,00	10
Diária de UTI Adulto	R\$ 500,00	10
Aluguel/Taxa de Raio X no Centro Cirúrgico	R\$ 150,00	10
Taxa de Sala Cirúrgica	R\$ 350,00	10
Taxa Compacta de Sala C.C (equipamentos)	R\$ 150,00	10
Curativo Ambulatorial	R\$ 100,00	10
Taxa por Unidade de Curativo Pequeno	R\$ 50,00	10
Taxa por Unidade de Curativo Médio	R\$ 100,00	10
Taxa por Unidade de Curativo Grande	R\$ 150,00	10
Nebulização/Aerossol c/O2	R\$ 15,00	10
Café da Manhã	R\$ 5,00	10
Refeição	R\$ 10,00	10
Oxigênio por Minuto	R\$ 0,07	10
Enfermeiro(a) Padrão – Plantão de 12(doze) horas	R\$ 170,00	10
Anestesista – procedimento	R\$ 300,00	30

4. DISPOSIÇÕES FINAIS:



4.1. A votação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde será reduzida a termo em ata circunstanciada e validará os procedimentos contidos no bojo do presente termo, sendo homologado em Resolução que produzirá seus efeitos com a devida publicação.

4.2. Os procedimentos em apreço terão validade a partir da aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

4.3. Os prestadores credenciados em suas especialidades estarão veementemente vinculados à realização do objeto nos valores sugeridos, sendo a recusa punida com proibição de contratar com a administração pública pelo prazo de 02(dois) anos.

4.4. O contrato poderá ser alterado ou aditado quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, e observado o máximo percentual de 25% (vinte e cinco por cento) nos termos do art. 65, § 1º, da Lei Federal 8.666/93, sendo vedado o acréscimo que ultrapasse o referido limite.

4.5. Serão permitidos reajustes de valores contratuais em caso de alteração justificada no custo da prestação precedida e autorizada pela ANS, ou por notória modificação tributária a âmbito nacional, sendo imprescindível a apreciação e aprovação do conselho, ou ainda no caso de revisão anual de valores promovida com base na variação da inflação no período, adotando preferencialmente como índice oficial o IPCA, caso convencionado entre as partes.

4.6. Os serviços a serem prestados constantes neste instrumento, estão detalhados segundo a função e remunerados mediante média de mercado obtida por consultas e/ou base de preços, cujos valores serão devidamente avaliados, aprovados e homologados pelo Conselho Municipal de Saúde, aportados na forma acima especificada, nos limites referenciados, podendo variar conforme o número de horas trabalhadas, consultas e/ou procedimentos solicitados e realizados, bem como outras condições técnicas que constam descritas nos termos apresentados.

4.7. A Secretária de Saúde estará vinculada ao atendimento das especialidades oferecidas com os prestadores credenciados, somente podendo utilizar de outros disponíveis no mercado em caso de urgência e emergência justificada, preferencialmente, remunerado nos valores aqui expressos.

4.8. O requerimento de credenciamento deve ser acompanhado de cópias de todos os documentos na forma exigida pelo respectivo Edital de Chamamento.

4.9. Uma vez credenciados a Secretaria providenciará a confecção de placas de identificação contendo todos os prestadores, com suas especialidades, dias e horários de atendimento, bem como o teor da Resolução aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde





promovendo a divulgação nos meios pertinentes, sendo as placas preferencialmente afixadas na entrada da Unidade Básica de Saúde a fim de tornar público à comunidade e ao usuário que terá ampla escolha entre os profissionais/prestadores credenciados disponíveis.

4.10. Os procedimentos que ocasionalmente não estejam aqui contidos deverão ser remetidos para a avaliação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

4.11. Para as prestações que exijam atendimento por carga horária no município e na unidade básica de saúde com pagamento com recursos vinculados fundo a fundo pela produção da prestação, deverá haver a limitação de profissionais/prestadores ao orçamento e/ou normas do convênio com o ente federado.

ANHANGUERA/GO, AOS 14 DIAS DO MÊS DE ABRIL DE 2020

MARTA VALÉRIA RODRIGUES FONSECA
Secretaria Municipal de Saúde
Gestora do FMS

***Tabela aprovada, revisada e homologada pelo Conselho Municipal de Saúde de Anhanguera.**

ANEXO II



Prefeitura Municipal de Anhanguera/GO – ADM.2017/2020
Av. Belchior de Godoy – 152 – Centro – Fone (64) 3469 1265
Email licitacao.prefeitura@outlook.com



INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA

Nome de fantasia
TIPO DE CLÍNICA
Anhanguera – Goiás

UNIDADE:

RAZÃO SOCIAL:

CNES:

CNPJ:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EMAIL:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

DIRETOR CLÍNICO (RESPONSÁVEL):

CI:

CPF:

ENDEREÇO:

EMAIL:

PROFISSÃO:

CONSELHO-GO:

FUNÇÃO(ÕES) PRETENDIDA(S):

Anhanguera, ___ de _____ 20__.

PROPRIETÁRIO (A)

ANEXO III



Prefeitura Municipal de Anhanguera/GO – ADM.2017/2020
Av. Belchior de Godoy – 152 – Centro – Fone (64) 3469 1265
Email licitacao.prefeitura@outlook.com



INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

NOME:

CI:

CPF:

ENDEREÇO:

EMAIL:

TELEFONE:

PROFISSÃO:

FORMAÇÃO:

CONSELHO-GO:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

FUNÇÃO(ÕES) PRETENDIDA(S):

Anhanguera, ____ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO CANDIDATO

ANEXO IV



Prefeitura Municipal de Anhanguera/GO – ADM.2017/2020
Av. Belchior de Godoy – 152 – Centro – Fone (64) 3469 1265
Email licitacao.prefeitura@outlook.com



MODELO DE DECLARAÇÃO

EXERCÍCIO OU NÃO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PÚBLICA

Lei nº 8666/93, Art. 9º - Não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução de obra ou serviço e do fornecimento de bens a eles necessários:

III – servidor ou dirigente de órgãos ou entidades contratantes ou responsável pela licitação.

§ 3º - Considera-se participação indireta, para fins do disposto neste artigo, a existência de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista entre o autor do projeto, pessoa física ou jurídica e o licitante ou responsável pelos serviços, fornecimentos e obras, incluindo-se os fornecimentos de bens e serviços a este necessário.

(NOME DO PROFISSIONAL), (NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº _____, e no _____ (CRC/CREFITO/COREN/CREFONO 5/CREFI 14) sob o nº _____, residente e domiciliado na (ENDEREÇO COMPLETO), telefone de contato (DDD)(NUMERO DO TELEFONE),

DECLARA para os devidos fins que:

- () EXERCE FUNÇÃO PÚBLICA
() NÃO EXERCE FUNÇÃO PÚBLICA.

*** SE "SIM" INDICAR A ENTIDADE EMPREGADORA, FORMA DO PROVIMENTO, CARGO EXERCIDO E HORÁRIO DE TRABALHO, SE POSSÍVEL JUNTANDO CÓPIA DO INSTRUMENTO CONTRATUAL.**

Por ser verdade e para que produza os devidos fins firma a presente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL





ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO

PROPRIEDADE, ADMINISTRAÇÃO OU DIREÇÃO DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

DECLARAÇÃO SE É PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR OU DIRIGENTE DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (ANEXO IV);

(NOME DO PROFISSIONAL), (NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº _____, e no (CRC/CREFITO/COREN/CREFONO/CREFI) sob o nº _____, residente e domiciliado na (ENDEREÇO COMPLETO), telefone de contato (DDD)(NUMERO DO TELEFONE),

DECLARO para os devidos fins que:

() **É** PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR OU DIRIGENTE DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

() **NÃO É** PROPRIETÁRIO, ADMINISTRADOR OU DIRIGENTE DE ENTIDADES OU SERVIÇOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

Por ser verdade e para que produza os devidos fins firma a presente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL





ANEXO VI MODELO DE DECLARAÇÃO

CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

_____, inscrita no
CNPJ/MF _____, com sede sito
_____, por intermédio de seu representante legal o(a)
Sr(a) _____, (QUALIFICAÇÃO COMPLETA- Nacionalidade, Estado civil,
Profissão e Endereço., portador(a) da CI/RG nº _____ e do CPF/MF nº _____
_____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho
de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de
dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis
anos.

Ressalva: Emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Por ser verdade e para que produza os devidos fins ulteriores de direito,
firma a presente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

***EM CASO AFIRMATIVO, ASSINALAR A RESSALVA ACIMA.**





ANEXO VII

MINUTA DE CONTRATO PESSOA JURIDICA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº XXX/2020

INSTRUMENTO CONTRATUAL DE PRESTAÇÃO SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANHANGUERA E _____ PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO-PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS EM ATENDIMENTO E EXAMES DE _____.

Contrato de Prestação de Serviços Eletivo de Atendimento Médico em Consulta e Exames Especializado, que entre si fazem, de um lado, o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANHANGUERA – MUNICÍPIO DE ANHANGUERA**, entidade com personalidade jurídica de direito público, sem fins econômicos, inscrito no CNPJ nº. XX.XXX.XXX/0001-XX, com sede na XXXXXXXXXXXX, neste ato representado por seu prefeito, senhor **XXXXX**, inscrito no CPF/MF nº XXX.XXX.XXX-XX e CI/RG nº X.XXX.XXX SSP/GO neste ato denominado **CONTRATANTE** e de outro _____, brasileiro, médico, casado, portador do CRM/GO nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente na _____ Setor _____, _____, Goiás, doravante denominado de **CONTRATADO**, nos termos e condições da Instrução Normativa nº 010/15 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, e de acordo com o disposto no art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93, tem justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

I – DO FUNDAMENTO:

Este contrato de prestação de serviços eletivo se fundamenta no art. 25, caput, Lei Federal nº 8.666/93, combinado com a Lei Federal nº 8.883/94, tendo como base procedimental a IN – TCM/GO nº 010/2015, o permissivo expresso-me diante Tabela de Procedimentos aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Anhanguera – Goiás devidamente registrada, bem como, as cláusulas e às condições a seguir pactuadas.

II – DO OBJETO:

É objeto do presente contrato, a prestação de serviços de profissional médico especializado em _____ para consultas, atendimento e procedimentos, a comunidade de usuários atendida pela Secretaria Municipal de Saúde de Anhanguera em caráter autônomo, a fim de atender a população dos municípios consorciados de modo eletivo, onde o CONTRATADO desenvolverá a prestação de serviços profissionais em saúde, consistindo especialmente em atendimentos e procedimentos permitidos em lei e pelo conselho de classe respectivo, desde que propícias às condições materiais de trabalho, nos seguintes limites de valores mensais referentes à utilização conforme tabela:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DEMANDA MÁXIMA MENSAL	VALOR POR PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL MENSAL
------	---------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------



01				
02				
03				
VALOR MÁXIMO DE REPASSE MENSAL				R\$
ESTIMATIVA DE VALOR GLOBAL DE DATA INICIAL DA VIGÊNCIA: XX/XX/XX A XX/XX/XX				R\$

III – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES:

3.1) DO CONTRATANTE:

3.1.1) Fiscalizar a execução dos serviços prestados, averiguando a qualidade;

3.1.2) Efetuar o pagamento conforme item V;

3.1.3) Descontar dos pagamentos que efetuar, os tributos a que esteja obrigado pela legislação vigente, fazendo o recolhimento das parcelas retidas nos prazos legais;

3.1.4) Poderá o CONTRATANTE sustar o pagamento, nos seguintes casos:

a) descumprimento das obrigações do(a) CONTRATADO(A) para com o CONTRATANTE;

b) faltas sem justificativas.

3.2) DO(A) CONTRATADO(A):

3.2.1) Prestar serviços conforme objeto descrito, na forma determinada pela CONTRATANTE;

3.2.2) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;

3.2.3) Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo CONTRATANTE, salvo nos atos de conduta profissional;

IV – DO CONTROLE EFISCALIZAÇÃO:

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera, que fixará critérios visando à satisfação plena e correta das necessidades do CONTRATANTE, com vista a atender prontamente os padrões de atendimento aceitáveis.

V – DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO:

5.1 – O prestador receberá por atendimento e procedimento os valores expressos pela Tabela constante no Item II, nos limites estimados na mesma por atendimento.

5.2 - O pagamento será efetuado pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente ao vencido, com o início da prestação, referente ao número de atendimento realizados no período anterior.

5.3 - O **VALOR MENSAL não poderá superar o valor equivalente a R\$ XXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXX)**, na forma expressa na tabela referenciada no Item 2, o que perfaz um **VALOR GLOBAL MÁXIMO de R\$ XXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)**.

5.4 – O CONTRATANTE deduzirá, para ocasião de cada pagamento, os impostos ou taxas que for de sua competência reter, nos termos da respectiva legislação.

VI – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O presente contrato vigorará no período de **XX de janeiro a 31 de dezembro de 2.020**, podendo ser prorrogado na forma da lei.

VII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

As despesas decorrentes da execução do presente instrumento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária: _____ do orçamento vigente.

VIII – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO:

O presente instrumento contratual deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, nas normas do direito público e, no que couber, as normas da Lei nº 8.666/93, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

IX – DA RESCISÃO DO CONTRATO:

Configuram motivos para rescisão do contrato as razões descritas no art. 78, inciso I a XVIII da Lei nº 8.666/93.

A rescisão do contrato poderá ser:

- a) – determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93, (observado o disposto no art. 80 da citada lei);
- b) – amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo de dispensa de licitação, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) – judicial, nos termos da legislação;

A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

X – DAS ALTERAÇÕES/PRORROGAÇÕES:

DA ALTERAÇÃO - Qualquer modificação de forma, qualidade e quantidade (supressão ou acréscimo), poderá ser determinada pela Administração Pública ou por acordo das partes nos casos previstos no artigo 65, I e II, da Lei nº 8.666/93, observado o limite estabelecido no parágrafo primeiro do referido dispositivo legal.

DA PRORROGAÇÃO - O referido contrato poderá ser prorrogado mediante Termo Aditivo atendido o disposto nos arts. 57 e 65 da Lei nº 8.666, de 21 de 1.993.

XI – DAS MULTAS/PENALIDADES:

DA MULTA - Sem prejuízo das sanções administrativas previstas na Seção II, do Capítulo IV da Lei nº 8.666/93 o(a) CONTRATADO(A) poderá incorrer na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor estimado do presente instrumento, à parte que descumprir qualquer cláusula ou condição nele ajustada.

DA PENALIDADE - Pela inexecução total ou parcial do contrato, além da aplicação da multa prevista neste instrumento, poderão o CONTRATANTE, garantida prévia defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis, em processo administrativo, aplicar as seguintes sanções ao(a) CONTRATADO(A):

I - Advertência;

II - Suspensão do direito de credenciar como CONTRATANTE em função da natureza da gravidade da falta cometida, sendo:

- a) - Por 6 (seis) meses - quando o(a) CONTRATADO(A) recusar, injustificadamente, assinar o contrato ou recusar a cumprir com a proposta apresentada.
- b) - Por 1 (um) ano - quando o(a) CONTRATADO(A) prestar serviço de qualidade inferior ou diferente das especificações contidas no contrato.
- c) - Por até 2 (dois) anos, nos casos em que a inadimplência acarretar prejuízos ao CONTRATANTE.

XII – DAS CONDIÇÕES GERAIS:



O procedimento de contratação a que se refere o presente instrumento é de caráter autônomo, não podendo o(a) CONTRATADO(A) pleitear quaisquer direitos outros que não os que aqui estão avençados.

O partícipe que pretender rescindir o presente contrato deverá manifestar sua intenção, por escrito, com antecedência de, pelo menos, 30(trinta) dias, a menos que seja obrigado por determinação judicial ou termo de ajuste de conduta com o Ministério Público Estadual.

XIII –DOS CASOS OMISSOS:

A presente avença é regida pelo Processo de Chamamento Público por Credenciamento amplo e irrestrito, para atuação não-exclusiva, sem competição, precedido de chamamento público aberto a todos os interessados que atendaram às condições estabelecidas no Edital, instruído com base na IN-TCM nº 010/2015, fundamentado na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – Lei Federal nº 8.080/90, IN-TCM nº 007/16 e suas alterações, e no art. 25, *caput*, Lei Federal nº 8.666/93, instrumentos aos quais se encontra vinculado.

XIV – DO FORO:

É competente o Foro da Comarca de Cumari, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, renunciando as partes qualquer outro por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim justos e contratados, digitou-se o presente contrato em 03 (três vias) de igual te o reforma, sendo que uma delas constituirá o arquivo cronológico do Município de Anhanguera, que após lido e achado conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo declaradas, foi em tudo aceite, sendo assinado pelas partes.

ANHANGUERA, xx DE xxxxxxxx DE 2.020.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANHANGUERA - GOIÁS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- CONTRATANTE-

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF N° XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- CONTRATADO -

TESTEMUNHAS:

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:





ANEXO IX

MINUTA DE CONTRATO PESSOA FÍSICA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº XXX/2020

INSTRUMENTO CONTRATUAL DE PRESTAÇÃO SERVIÇOS EMERGENCIAL QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANHANGUERA E _____ PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO-PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS EM ATENDIMENTO E EXAMES DE _____.

Contrato de Prestação de Serviços Eletivo de Atendimento Médico em Consulta e Exames Especializado, que entre si fazem, de um lado, o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANHANGUERA – MUNICÍPIO DE ANHANGUERA**, entidade com personalidade jurídica de direito público, sem fins econômicos, inscrito no CNPJ nº: XX.XXX.XXX/0001-XX, com sede na XXXXXXXXXXXXX, neste ato representado por seu prefeito, senhor **XXXXX**, inscrito no CPF/MF nº XXX.XXX.XXX-XX e CI/RG nº X.XXX.XXX SSP/GO neste ato denominado **CONTRATANTE** e de outro _____, brasileiro, médico, casado, portador do CRM/GO nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente na _____ Setor _____, Goiás, doravante denominado de **CONTRATADO**, nos termos e condições da Instrução Normativa nº 010/15 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, e de acordo com o disposto no art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93, tem justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

I – DO FUNDAMENTO:

Este contrato de prestação de serviços eletivo se fundamenta no art. 25, caput, Lei Federal nº 8.666/93, combinado com a Lei Federal nº 8.883/94, tendo como base procedimental a IN – TCM/GO nº 010/2015, o permissivo expresso-me diante AGE do MUNICÍPIO DE ANHANGUERA devidamente registrada, bem como, as cláusulas e às condições a seguir pactuadas.

II – DO OBJETO:

É objeto do presente contrato, a prestação de serviços de profissional médicos especializado em _____ para consultas, atendimento e procedimentos, a comunidade de usuários atendida pela Secretaria Municipal de Saúde de Anhanguera em caráter autônomo, a fim de atender a população dos municípios consorciados de modo eletivo, onde o CONTRATADO desenvolverá a prestação de serviços profissionais em saúde, consistindo especialmente em atendimentos e procedimentos permitidos em lei e pelo conselho de classe respectivo, desde que propícias às condições materiais de trabalho, nos seguintes limites de valores mensais referentes à utilização conforme tabela:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DEMANDA MÁXIMA MENSAL	VALOR POR PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL MENSAL
------	---------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------

III – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES:



Prefeitura Municipal de Anhanguera/GO – ADM.2017/2020
Av. Belchior de Godoy – 152 – Centro – Fone (64) 3469 1265
Email licitacao.prefeitura@outlook.com

01				
02				
03				
VALOR MÁXIMO DE REPASSE MENSAL				R\$
ESTIMATIVA DE VALOR GLOBAL DE DATA INICIAL DA VIGÊNCIA: XX/XX/XX A XX/XX/XX				R\$

3.1) DO CONTRATANTE:

3.1.1) Fiscalizar a execução dos serviços prestados, averiguando a qualidade;

3.1.2) Efetuar o pagamento conforme item V;

3.1.5) Descontar dos pagamentos que efetuar, os tributos a que esteja obrigado pela legislação vigente, fazendo o recolhimento das parcelas retidas nos prazos legais;

3.1.6) Poderá o CONTRATANTE sustar o pagamento, nos seguintes casos:

c) descumprimento das obrigações do(a) CONTRATADO(A) para com o CONTRATANTE;

d) faltas sem justificativas.

3.3) DO(A) CONTRATADO(A):

3.3.1) Prestar serviços conforme objeto descrito, na forma determinada pela CONTRATANTE;

3.3.2) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;

3.3.3) Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo CONTRATANTE, salvo nos atos de conduta profissional;

IV – DO CONTROLE EFISCALIZAÇÃO:

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo Fundo Municipal de Saúde de Anhanguera, que fixará critérios visando à satisfação plena e correta das necessidades do CONTRATANTE, com vista a atender prontamente os padrões de atendimento aceitáveis.

V – DO VALOR E DA FORMA DE PAGAMENTO:

5.5 – O prestador receberá por atendimento e procedimento os valores expressos pela Tabela constante no Item II, nos limites estimados na mesma por atendimento.

5.6 - O pagamento será efetuado pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente ao vencido, com o início da prestação, referente ao número de atendimento realizados no período o anterior.

5.7 - O **VALOR MENSAL não poderá superar o valor equivalente a R\$ XXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXX)**, na forma expressa na tabela referenciada no Item 2, o que perfaz um **VALOR GLOBAL MÁXIMO de R\$ XXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)**.

5.8 – O CONTRATANTE deduzirá, por ocasião de cada pagamento, o sim postos ou taxas que for de sua competência reter, nos termos da respectiva legislação.

VI – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O presente contrato vigorará no período de **XX de janeiro a 31 de dezembro de 2.019**, podendo ser prorrogado na forma da lei.

VII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

As despesas decorrentes da execução do presente instrumento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária: _____ do orçamento vigente.

VIII – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO:

O presente instrumento contratual deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, nas normas do direito público e, no que couber, as normas da Lei nº 8.666/93, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

IX – DA RESCISÃO DO CONTRATO:

Configuram motivos para rescisão do contrato as razões descritas no art. 78, inciso I a XVIII da Lei nº 8.666/93.

A rescisão do contrato poderá ser:

d) – determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos da XII e XVII do art. 78 da Lei nº 8.666/93, (observado o disposto no art. 80 da citada lei);

e) – amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo de dispensa de licitação, desde que haja conveniência para a Administração;

f) – judicial, nos termos da legislação;

A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

X – DAS ALTERAÇÕES/PRORROGAÇÕES:

DA ALTERAÇÃO - Qualquer modificação de forma, qualidade e quantidade (supressão ou acréscimo), poderá ser determinada pela Administração Pública ou por acordo das partes nos casos previstos no artigo 65, I e II, da Lei nº 8.666/93, observado o limite estabelecido no parágrafo primeiro do referido dispositivo legal.

DA PRORROGAÇÃO - O referido contrato poderá ser prorrogado mediante Termo Aditivo atendido ao disposto nos arts. 57 e 65 da Lei nº 8.666, de 21 de 1.993.

XI – DAS MULTAS/PENALIDADES:

DA MULTA - Sem prejuízo das sanções administrativas previstas na Seção II, do Capítulo IV da Lei nº 8.666/93 o(a) CONTRATADO(A) poderá incorrer na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor estimado do presente instrumento, à parte que descumprir qualquer cláusula ou condição nele ajustada.

DA PENALIDADE - Pela inexecução total ou parcial do contrato, além da aplicação da multa prevista neste instrumento, poderá o CONTRATANTE, garantida prévia defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis, em processo administrativo, aplicar as seguintes sanções ao(a) CONTRATADO(A):

III - Advertência;

IV - Suspensão do direito de credenciar como CONTRATANTE em função da natureza e da gravidade da falta cometida, sendo:

d) - Por 6 (seis) meses - quando o(a) CONTRATADO(A) recusar, injustificadamente, assinar o contrato ou recusar a cumprir com a proposta apresentada.

e) - Por 1 (um) ano - quando o(a) CONTRATADO(A) prestar serviço de qualidade inferior ou diferente das especificações contidas no contrato.

f) - Por até 2 (dois) anos, nos casos em que a inadimplência acarretar prejuízos ao CONTRATANTE.

XII – DAS CONDIÇÕES GERAIS:



O procedimento de contratação a que se refere o presente instrumento é de caráter autônomo, não podendo o(a) CONTRATADO(A) pleitear quaisquer direitos outros que não os que aqui estão avençados.

O partícipe que pretender rescindir o presente contrato deverá manifestar sua intenção, por escrito, com antecedência de, pelo menos, 30(trinta) dias, a menos que seja obrigado por determinação judicial ou termo de ajuste de conduta com o Ministério Público Estadual.

XIII –DOS CASOS OMISSOS:

A presente avença é regida pelo Processo de Chamamento Público por Credenciamento amplo e irrestrito, para atuação não-exclusiva, sem competição, precedido de chamamento público aberto a todos os interessados que atendaram às condições estabelecidas no Edital, instruído com base na IN-TCM nº 010/2015, fundamentado na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – Lei Federal nº 8.080/90, IN-TCM nº 007/16 e suas alterações, e no art. 25, *caput*, Lei Federal nº 8.666/93, instrumentos aos quais se encontra vinculado.

XIV – DO FORO:

É competente o Foro da Comarca de Cumari, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, renunciando as partes qualquer outro por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim justos e contratados, digitou-se o presente contrato em 03 (três vias) de igual teor e forma, sendo que uma delas constituirá o arquivo cronológico do Município de Anhanguera, que após lido e acha do conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo de clara das, foi em tudo aceite, sendo assinado pelas partes.

ANHANGUERA/GO, xx DE xxxxxxxx DE 2.020.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANHANGUERA - GOIÁS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- CONTRATANTE-

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF N° XXXXXXXXXXXXX

- CONTRATADO -

TESTEMUNHAS:

1- _____

Nome:

CPF:

2- _____

Nome:

CPF:

