

ATA N. 03/2020

ANÁLISE E JULGAMENTO DE PROPOSTAS, HABILITAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

AOS DEZESSETE DIAS DO MÊS DE AGOSTO DE 2020, REUNIRAM-SE NA SALA DE REUNIÕES DA AMERIOS, A COMISSÃO DE LICITAÇÕES, INSTITUÍDA PELA RESOLUÇÃO N. 004/2019 PELAS PESSOAS QUE A ESTA ATA SUBSCREVEM, PARA FINS DE ANALISAR PROPOSTAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS AO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01/2018, INEXIGIBILIDADE Nº 01/2018, REALIZADO POR MEIO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2018 E ATRIBUIR AOS HABILITADOS, O(S) ITEM(NS) DO OBJETO EM QUE COMPROVARAM POSSUIR HABILITAÇÃO TÉCNICA NOS TERMOS DOS RESPECTIVOS ÓRGÃOS E CONSELHOS REGULADORES, BEM COMO HABILITAÇÃO FÍSICA OU JURÍDICA. POR NÃO HAVER CERTAME NEM QUALQUER OUTRA FORMA DE DISPUTA DE PREÇOS ENTRE OS INTERESSADOS, BEM COMO O CHAMAMENTO PÚBLICO PERMANECE ABERTO O ANO TODO PARA TODOS OS INTERESSADOS, O CONTRATO A SER FORMALIZADO SERÁ DE ADESÃO, CONTENDO CLAUSULAS UNIFORMES E IGUAIS REGRAS PARA TODOS OS QUE SE CREDENCIAREM. INICIANDO OS TRABALHOS, DE IMEDIATO PASSOU-SE A ANALISAR AS PROPOSTAS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE ATÉ A PRESENTE DATA, REQUERERAM A HABILITAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E CORRELATOS. CONCLUÍDAS ÀS ANÁLISES E POR ESTAREM DEVIDAMENTE HABILITADOS, ATENDENDO TODOS OS REQUISITOS DO EDITAL, A COMISSÃO DECIDIU POR UNANIMIDADE ADJUDICAR PARA AS SEGUINTESS PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS OS SEGUINTESS SERVIÇOS DE SAÚDE E CORRELATOS:

HABILITADO: VIE CLÍNICA DE ESPECIALIDADES LTDA.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:

LOTE 01 – CONSULTAS			
ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
2	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada – (Consulta com profissionais, exceto médicos), especializados nos seguintes CBOs: Nutricionista, Psicólogo).	03.01.01.004-8	31,25

HABILITADO: INSTITUTO SANTE – HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA ITAPIRANGA.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:

LOTE 01 – CONSULTAS			
ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
1	Consulta Médica em Atenção Especializada - (Consulta com médicos especialistas nos seguintes CBOs: Pediatra – Clínico – Anestesiologista - em Cirurgia Vascular - Cirurgião Geral - Ginecologista e Obstetra – Ortopedista e Traumatologista).	03.01.01.007-2	120,00
LOTE 05 – CIRURGIAS			
ITEM	ORTOPEDIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR
1	Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo	04.03.02.012-3	750,00
2	Tratamento Cirúrgico de Dedo em Gatilho	04.08.02.032-6	750,00
3	Tenosinovectomia em Membro Superior	04.08.02.030-0	750,00
4	Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Posterior C/ Ou S/ Anterior)	04.08.05.017-9	750,00
5	Ressecção de Cisto Sinovial	04.08.06.021-2	750,00
6	Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco com Meniscectomia Parcial / Total	04.08.05.089-6	750,00
7	Tratamento Cirúrgico de Rotura de Menisco com Sutura Meniscal Uni / Bicompatimental	04.08.05.088-8	750,00
8	Tenólise	04.08.06.044-1	750,00
9	Retirada de Placa E/Ou Parafusos	04.08.06.037-9	750,00
10	Retirada de Fio ou Pino Intra-Ósseo	04.08.06.035-2	750,00
11	Ressecção Simples de Tumor Ósseo / de Partes Moles	04.08.06.031-0	750,00
12	Reparo de Rotura do Manguito Rotador (Inclui Procedimentos Descompressivos)	04.08.01.014-2	750,00



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

13	Tratamento das Lesões Osteo-Condrais Por Fixação ou Mosaicoplastia Joelho/Tornozelo	04.08.05.092-6	890,72
14	Exploração Articular C/ Ou S/ Sinovectomia de Médias / Grandes Articulações	04.08.06.012-3	750,00
15	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Antebraço	04.08.02.056-3	890,72
16	Artroplastia Total Primária do Quadril Cimentada	04.08.04.008-4	890,72
17	Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Anterior)	04.08.05.016-0	750,00
18	Tratamento Cirúrgico de Halux Valgus C/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano	04.08.05.065-9	750,00
19	Osteotomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé	04.08.06.019-0	890,72
20	Osteotomia de Ossos da Mão E/Ou do Pé	04.08.06.018-2	890,72
21	Manipulação Articular	04.08.06.015-8	750,00
22	Fasciectomia	04.08.06.014-0	750,00
23	Artroplastia Total Primária do Joelho	04.08.05.006-3	875,00
24	Lâmina de Shaver	90220	300,00
CIRURGIA GERAL			
25	Tratamento Cirúrgico de Varizes (Unilateral)	04.06.02.057-4	500,00
26	Serviços Profissionais em Anestesiologista para as Cirurgias	90204	300,00
27	Tratamento Cirúrgico de Varizes (Bilateral)	04.06.02.056-6	500,00
28	Hemorroidectomia	04.07.02.028-4	500,00
29	Colecistectomia Videolaparoscópica	04.07.03.003-4	500,00
30	Colecistectomia	04.07.03.002-6	500,00
31	Hernioplastia Umbilical	04.07.04.012-9	500,00
32	Hernioplastia Recidivante	04.07.04.011-0	500,00
33	Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral)	04.07.04.010-2	500,00
34	Hernioplastia Inguinal (Bilateral)	04.07.04.009-9	500,00
35	Hernioplastia Incisional	04.07.04.008-0	500,00
36	Hernioplastia Epigástrica	04.07.04.006-4	500,00
37	Exerese de Cisto Sacro-Coccigeo	04.01.02.008-8	500,00
38	Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo	04.01.02.010-0	500,00
39	Fistulectomia / Fistulotomia Anal	04.07.02.027-6	500,00
VASCULAR			
102	Tratamento de Varizes Unilateral – Escleroterapia Ecoguiada com espuma – Código CBHPM	3.09.07.06-3	600,00
103	Ecodoppler Unilateral	2.05.01.004-0	180,00
GINECOLOGIA			
104	Colpoperineoplastia Anterior e Posterior C/ Amputação de Colo	04.09.06.002-0	500,00
105	Curetagem Semiótica C/ Ou S/ Dilatação do Colo do Utero	04.09.06.004-6	500,00
106	Excisão Tipo 3 do Colo Uterino	04.09.06.003-8	500,00
107	Histerectomia C/ Anexectomia (Uni / Bilateral)	04.09.06.011-9	500,00
108	Histerectomia (Por Via Vaginal)	04.09.06.010-0	500,00
109	Histerectomia Total	04.09.06.013-5	500,00
110	Histerectomia Subtotal	04.09.06.012-7	500,00
111	Ooforectomia / Ooforoplastia	04.09.06.021-6	500,00
112	Laqueadura Tubária	04.09.06.018-6	500,00
113	Colpoperineoplastia Anterior e Posterior	04.09.07.005-0	500,00
114	Exerese de Glândula de Bartholin / Skene	04.09.07.015-7	500,00

HABILITADO: ACÁCIA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LTDA.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:

LOTE 01 – CONSULTAS			
ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

1	Consulta Médica em Atenção Especializada - (Consulta com médicos especialistas nos seguintes CBOs: ginecologista e obstetra).	03.01.01.007-2	120,00
LOTE 03 – EXAMES			
ITEM	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
31	Biópsia/Punção de Vulva	02.01.01.051-8	50,00
32	Biópsia/Punção de Vagina	02.01.01.050-0	50,00
33	Exerese de Cisto Vaginal	04.09.07.014-9	150,00
34	Histeroscopia Cirúrgica C/ Ressectoscopia	04.09.06.017-8	50,00
35	Drenagem de Glândula de Bartholin/Skene	04.09.07.012-2	50,00
36	Marsupialização de Glândula de Bartholin	04.09.07.019-0	200,00
37	Colposcopia	02.11.04.002-9	20,00
ULTRASSONOGRRAFIA			
163	Ultrassonografia Transvaginal	02.05.02.018-6	90,00
164	Ultrassonografia Mamária Bilateral	02.05.02.009-7	90,00
165	Ultrassonografia Obstétrica	02.05.02.014-3	87,00
166	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	02.05.02.016-0	85,00
178	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	02.05.01.005-9	120,00
179	Ultrassonografia Obstétrica C/Doppler Colorido e Pulsado	02.05.02.015-1	120,00
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA			
182	Biópsia do Colo Uterino	02.01.01.066-6	72,42
LOTE 05 – CIRURGIAS			
ITEM	GINECOLOGIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR
104	Colpoperineoplastia Anterior e Posterior C/ Amputação de Colo	04.09.06.002-0	500,00
105	Curetagem Semiótica C/ Ou S/ Dilatação do Colo do Utero	04.09.06.004-6	500,00
106	Excisão Tipo 3 do Colo Uterino	04.09.06.003-8	500,00
107	Histerectomia C/ Anexectomia (Uni / Bilateral)	04.09.06.011-9	500,00
108	Histerectomia (Por Via Vaginal)	04.09.06.010-0	500,00
109	Histerectomia Total	04.09.06.013-5	500,00
110	Histerectomia Subtotal	04.09.06.012-7	500,00
111	Ooforectomia / Ooforoplastia	04.09.06.021-6	500,00
112	Laqueadura Tubária	04.09.06.018-6	500,00
113	Colpoperineoplastia Anterior e Posterior	04.09.07.005-0	500,00
114	Exerese de Glândula de Bartholin / Skene	04.09.07.015-7	500,00
LOTE 07 – PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS			
ITEM	BEXIGA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR
17	Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária Por Via Vaginal	04.09.07.027-0	424,17
18	Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária Via Abdominal	04.09.01.049-9	477,76
19	Colpoplastia Anterior	04.09.07.008-4	398,88
20	Tratamento Cirúrgico de Cistocele	04.09.01.043-0	398,88

HABILITADO: PSIQI CLÍNICA MÉDICA LTDA.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:

LOTE 01 – CONSULTAS			
ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
1	Consulta Médica em Atenção Especializada - (Consulta com médicos especialistas nos seguintes CBOs: Psiquiatra).	03.01.01.007-2	120,00

HABILITADO: INSTITUTO DE ONCOLOGIA DO OESTE CATARINENSE S/S.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

LOTE 01 – CONSULTAS

ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
1	Consulta Médica em Atenção Especializada - (Consulta com médicos especialistas nos seguintes CBOs: Oncologista Clínico).	03.01.01.007-2	120,00

HABILITADO: RAIMED CLINICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA.

OBJETO: prestação de serviços de saúde e correlatos conforme especificações a seguir:

LOTE 03 – EXAMES

ITEM	RADIOGRAFIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
63	Radiografia de Cavum (Lateral + Hirtz)	02.04.01.006-3	30,00
64	Radiografia de Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	02.04.05.012-0	30,00
65	Radiografia de Abdômen Simples (AP)	02.04.05.013-8	30,00
66	Radiografia de Abdômen (AP + Lateral / Localizada)	02.04.05.011-1	30,00
67	Radiografia de Antebraço	02.04.04.001-9	30,00
68	Radiografia Arcada Zigomático - Malar (AP + Obliquas)	02.04.01.004-7	30,00
69	Radiografia de Articulação Coxo-Femural	02.04.06.006-0	30,00
70	Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral	02.04.04.003-5	30,00
71	Radiografia de Articulação Esterno-Clavicular	02.04.04.004-3	30,00
72	Radiografia de Articulação Sacro-Ilíaca	02.04.06.007-9	30,00
73	Radiografia de Articulação Tíbio-Társica	02.04.06.008-7	30,00
74	Radiografia de Articulações Têmporo-Mandibular Bilateral	02.04.01.005-5	30,00
75	Radiografia de Articulações Acrômio-Clavicular	02.04.04.002-7	30,00
76	Radiografia de Bacia	02.04.06.009-5	30,00
77	Radiografia de Braço	02.04.04.005-1	30,00
78	Radiografia de Calcâneo	02.04.06.010-9	30,00
79	Radiografia de Clavícula	02.04.04.006-0	30,00
80	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	02.04.02.006-9	30,00
81	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO / Flexão)	02.04.02.004-2	30,00
82	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + TO + Obliquas)	02.04.02.003-4	30,00
83	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	02.04.02.005-0	30,00
84	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	02.04.02.009-3	30,00
85	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar Dinâmica	02.04.02.011-5	30,00
86	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar	02.04.02.010-7	30,00
87	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas)	02.04.02.007-7	30,00
88	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinâmica	02.04.02.008-5	30,00
92	Radiografia de Costelas (Por Hemitórax)	02.04.03.007-2	30,00
93	Radiografia de Cotovelo	02.04.04.007-8	30,00
94	Radiografia de Coxa	02.04.06.011-7	30,00
95	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Obliquas / Bretton + Hirtz)	02.04.01.007-1	30,00
96	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	02.04.01.008-0	30,00
99	Radiografia de Esôfago	02.04.03.008-0	30,00
100	Radiografia de Esterno	02.04.03.009-9	30,00
101	Radiografia de Estômago e Duodeno	02.04.05.014-6	44,62
102	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	02.04.06.012-5	30,00
103	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Axial)	02.04.06.013-3	30,00
104	Radiografia de Laringe	02.04.01.009-8	30,00
105	Radiografia de Região Orbitária (Localização de Corpo Estranho)	02.04.01.013-6	30,00
106	Mamografia	02.04.03.003-0	35,00
107	Mamografia Bilateral para Rastreamento	02.04.03.018-8	70,00
108	Radiografia de Mão	02.04.04.009-4	30,00
109	Radiografia de Mão e Punho (P/ Determinação de Idade Óssea)	02.04.04.010-8	30,00



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

110	Radiografia de Mastóide /Rochedos (Bilateral)	02.04.01.010-1	30,00
111	Radiografia de Maxilar Inferior (PA + Obliqua)	02.04.01.011-0	30,00
112	Radiografia de Mediastino (PA e Perfil)	02.04.03.010-2	30,00
113	Radiografia de Escapula/Ombro (Três Posições)	02.04.04.011-6	30,00
114	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA + Obliquas + Hirtz)	02.04.01.003-9	30,00
115	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + Hirtz)	02.04.01.012-8	30,00
116	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	02.04.06.015-0	30,00
117	Radiografia de Perna	02.04.06.016-8	30,00
118	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Obliqua)	02.04.04.012-4	30,00
119	Radiografia de Dedos da Mão	02.04.04.008-6	30,00
120	Radiografia de Região de Sacro-Coccigea	02.04.02.012-3	30,00
121	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + Hirtz)	02.04.01.014-4	30,00
122	Radiografia de Sela Tursica (PA + Lateral + Bretton)	02.04.01.015-2	30,00
123	Radiografia de Tórax (PA + Inspiração + Expiração + Lateral)	02.04.03.013-7	30,00
124	Radiografia de Tórax (PA + Lateral + Obliqua)	02.04.03.014-5	30,00
125	Radiografia de Tórax (Ápico-Lordótica)	02.04.03.012-9	30,00
126	Radiografia de Tórax (PA)	02.04.03.017-0	30,00
127	Radiografia de Tórax: (PA e Perfil)	02.04.03.015-3	30,00
128	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	02.04.05.015-4	50,00
129	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vértebras Lombares E/ou Fêmur)	02.04.06.002-8	110,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
133	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	02.07.03.003-0	268,75
134	Ressonância Magnética de Coluna Cervical/Pescoço	02.07.01.003-0	268,75
135	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	02.07.01.004-8	268,75
136	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	02.07.01.005-6	268,75
137	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	02.07.01.002-1	268,75
138	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior	02.07.03.002-2	268,75
139	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	02.07.02.002-7	268,75
140	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	02.07.01.007-2	268,75
141	Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangiorressonância	02.07.03.004-9	268,75
142	Ressonância Magnética de Abdômen Superior	02.07.03.001-4	268,75
143	Ressonância Magnética de Tórax	02.07.02.003-5	268,75
144	Ressonância Magnética de Crânio	02.07.01.006-4	268,00
O VALOR DO ACRÉSCIMO PELO CONTRASTE PARA OS EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA:			
146	Ressonância Magnética C/ Contraste	90085	75,00
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS			
147	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical	02.06.01.001-0	86,76
148	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica	02.06.01.003-6	86,76
149	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra	02.06.01.002-8	101,10
150	Tomografia Computadorizada do Crânio	02.06.01.007-9	97,44
151	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	02.06.01.006-0	97,44
152	Tomografia Computadorizada de Tórax	02.06.02.003-1	136,41
153	Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior	02.06.03.001-0	138,63
154	Tomografia Computadorizada da Face / Seios da Face / Articulações Têmporo-Mandibulares	02.06.01.004-4	86,75
155	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdômen Inferior	02.06.03.003-7	138,63
156	Tomografia Computadorizada do Pescoço	02.06.01.005-2	86,75
157	Tomografia Computadorizada dos Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	02.06.02.002-3	86,75
158	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	02.06.02.001-5	86,75
159	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	02.06.03.002-9	86,75
160	Tomografia Computadorizada de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino	02.06.02.004-0	136,41



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

O VALOR DO ACRÉSCIMO PELO CONTRASTE PARA OS EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA:			
161	Tomografias c/ Contraste Não Iodado (para alérgicos)	90093	65,00
162	Tomografias c/ Contraste Iodado (para não alérgicos)	90107	30,00
ULTRASSONOGRAFIA			
163	Ultrassonografia Transvaginal	02.05.02.018-6	90,00
164	Ultrassonografia Mamária Bilateral	02.05.02.009-7	90,00
165	Ultrassonografia Obstétrica	02.05.02.014-3	87,00
166	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	02.05.02.016-0	85,00
167	Ultrassonografia Transfontanela	02.05.02.017-8	90,00
168	Ultrassonografia de Abdômen Total	02.05.02.004-6	105,00
169	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	02.05.02.005-4	80,00
170	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	02.05.02.008-9	90,00
171	Ultrassonografia de Abdômen Superior	02.05.02.003-8	90,00
172	Ultrassonografia de Próstata Por Via Abdominal	02.05.02.010-0	80,00
173	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	02.05.02.011-9	110,00
174	Ultrassonografia de Tireoide	02.05.02.012-7	90,00
175	Ultrassonografia de Articulação	02.05.02.006-2	90,00
176	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	02.05.02.007-0	90,00
177	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	02.05.02.013-5	90,00
178	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	02.05.01.005-9	120,00
179	Ultrassonografia Obstétrica C/Doppler Colorido e Pulsado	02.05.02.015-1	120,00

HABILITADO: CLÍNICA INTEGRADA OESTE LTDA.

OBJETO: incluir aos serviços inicialmente contratados, sendo:

LOTE 01 – CONSULTAS			
ITEM	ESPECIFICAÇÕES DAS CONSULTAS	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
1	Consulta Médica em Atenção Especializada - (Consulta com médicos especialistas nos seguintes CBOs: Neurologista).	03.01.01.007-2	120,00

HABILITADO: ROBSON ALEXANDRE VIEIRA DE SOUZA.

OBJETO: incluir aos serviços inicialmente contratados, sendo:

LOTE 05 – CIRURGIAS			
ITEM	UROLOGIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR
126	Postectomia	04.09.05.008-3	366,66
LOTE 07 – PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS			
ITEM	CIRURGIA GERAL	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR
26	Laparotomia Exploradora	04.07.04.016-1	591,46
27	Tratamento Cirúrgico de Refluxo Gastroesofágico	04.07.01.029-7	744,04
28	Ligadura Elástica de Hemorróida	04.07.02.031-4	243,18
29	Colectomia Parcial	04.07.02.006-3	1.544,96

HABILITADO: CDIPSUL CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO SUL LTDA.

OBJETO: incluir aos serviços inicialmente contratados, sendo:

LOTE 03 – EXAMES			
ITEM	ULTRASSONOGRAFIA	CÓDIGO SIA/SUS	VALOR R\$
172	Ultrassonografia de Próstata Por Via Abdominal	02.05.02.010-0	80,00
174	Ultrassonografia de Tireoide	02.05.02.012-7	90,00
175	Ultrassonografia de Articulação	02.05.02.006-2	90,00
176	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	02.05.02.007-0	90,00



CIS/AMERIOS

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMERIOS

178	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	02.05.01.005-9	120,00
179	Ultrassonografia Obstétrica C/Doppler Colorido e Pulsado	02.05.02.015-1	120,00

HABILITADO: HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS.

OBJETO: incluir a médica especialista em ANESTESIOLOGISTA, **TAMIRES BONA, CRM Nº. 21092, RQE Nº. 19164** como prestadora de serviço nesta instituição.

NÃO HAVENDO MAIS NADA A TRATAR, FOI ENCERRADA A SESSÃO, LAVRADO A PRESENTE ATA, QUE SEGUE ASSINADO PELOS NTEGRANTES DA COMISSÃO, COM REMESSA PARA ANÁLISE DA AUTORIDADE COMPETENTE E HOMOLOGAÇÃO.

1. _____ 2. _____ 3. _____
Fabiane Galera **Cristiane Martim** **Convidado**
Presidente **Membro**