



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIDAL RAMOS
Setor de Compras
PROCESSO LICITATÓRIO Nº. 11/2018
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº. 02/2018

O Fundo Municipal de Saúde de Vidal Ramos, com sede na Rua Augusto Stoltenberg, Vidal Ramos -SC, por meio da Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, nomeada pelo Decreto Nº. 2765/2017, em conformidade, com a Lei 8.666/93, com a Lei Nº. 8.080/90, com a Portaria nº. 2567/2016 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública o Edital de Chamada Pública 02/2018 para realização de seleção e possível contratação de entidades Privadas, Filantrópicas e/ou sem Fins Lucrativos, prestadoras de serviços de assistência à saúde, para a realização dos exames constantes na Tabela Anexo I do Presente Edital.

A SMS - Secretaria Municipal de Saúde,

- Considerando o a Lei nº 8.080/90 em seu artigo 24 que trata da necessidade de contratar, de forma complementar, serviços na área de medicina especializada;
- Considerando o interesse em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla na área de consultas médicas e exames especializados;
- Considerando a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos;
- Considerando a necessidade de conhecer a real oferta desses serviços no Município de Ituporanga que serão colocados à disposição do SUS, para eventual contratação;

DECIDE:

1. Tornar público o **Edital de Chamada Pública n.º 02/2018** visando à seleção e possível contratação de entidades Privadas, Filantrópicas e/ou sem Fins Lucrativos, prestadoras de serviços de assistência à saúde, para atender a demanda SUS no Município de Vidal Ramos.
2. O preço referente à prestação dos serviços ambulatoriais deverá ser o constante do **anexo I**, da presente Chamada Pública.
3. Para tanto, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos, no horário das 8:00 às 11:30 horas e das 13:30 às 17:00 horas a partir do dia 17/09/2018 até o dia 19/07/2018, na Prefeitura Municipal de Vidal Ramos, 1180 - Centro – Vidal Ramos, SC

4. As pessoas Jurídicas interessadas em prestar os serviços constantes do presente Edital, deverão apresentar os seguintes documentos, em original ou por cópia autenticada em tabelionato, ou pelo servidor encarregado da recepção dos mesmos na Prefeitura Municipal de Vidal Ramos, observando o prazo estipulado no item anterior:

Especificação
a) Solicitação de HABILITAÇÃO, por ofício e/ou requerimento endereçado ao Gestor Municipal;
b) Alvará de Licença, localização e funcionamento, para consultórios e estabelecimentos privados.
c) Alvará Sanitário, expedido pela VISA Municipal ou Estadual, de acordo com o nível de complexidade;
d) Registro Comercial (Declaração de Firma Individual), Contrato Social ou Estatuto Social, devidamente registrado em Cartório;
e) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)
f) Equipamentos – especificar e quantificar;
g) Recursos Humanos – discriminar e quantificar por categoria funcional; os profissionais de nível superior deverão apresentar certificado de habilitação reconhecido pelo respectivo conselho de classe;
h) Certificado de regularidade funcional do estabelecimento privado, junto ao respectivo Conselho.
i) Certidões Negativas de Débito com a Fazenda Pública Federal e Estadual
j) Certidão Negativa Municipal
k) . Certidão Negativa de Débito – CND, expedida pelo INSS;
l) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – Ministério do Trabalho
m) Relacionar, todos os procedimentos aos quais solicita credenciamento, utilizando a descrição das tabelas constantes no anexo I do presente Edital ;
n) Declaração do solicitante do credenciamento que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidas pela Saúde, através do Edital nº 01/2018, de 03 de janeiro de 2018, bem como, realizará todos os procedimentos a que se propõe, e que qualquer alteração deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal;

5. A Comissão de Contratualização dos Serviços de Saúde, analisará e avaliará a documentação, emitindo parecer com as respectivas conclusões, no prazo máximo de 5 (cinco) dias.
6. A SMS publicará no Mural Oficial do Município e nos murais da Secretaria de Saúde a relação dos profissionais habilitados, para eventual celebração de Contrato. Os profissionais que não atenderem os requisitos exigidos constantes na presente Chamada Pública serão considerados inabilitados e não poderão ser contratualizados pelo Município.
7. A SMS poderá celebrar Contrato de Prestação de Serviços, visando à complementariedade dos serviços, conforme Constituição Federal e Lei 8.080/90, mediante inexigibilidade de licitação, conforme prevê o caput do artigo 25 da Lei nº. 8.666/93, considerada a inviabilidade de competição de preço.

8. A inexigibilidade de licitação será obrigatoriamente comunicada à autoridade superior, para ratificação, nos termos do artigo 26, da Lei nº. 8.666/93.
9. **A SMS não se obriga a contratar todos os serviços**, mas sim, a quantidade que lhe interessar para atender à demanda SUS no município, em com os parâmetros da Portaria GM/MS n.º 1.101, de 12 de junho de 2002.
10. Quaisquer elementos, informações ou esclarecimentos relacionados a esta Chamada Pública deverão ser obtidos junto à Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria – ECAA, na Secretaria Municipal de Saúde, conforme **anexo III**, no qual consta o nome e dados do responsável pelo recebimento dos documentos.
11. Fica reservada a SMS a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a presente Chamada Pública, de acordo com seus interesses, sem direito, aos profissionais a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação;
12. **CONDIÇÕES PARA A CONTRATUALIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:**
 - a) A documentação para habilitação dos interessados, deverá ocorrer através da Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria - ECAA da Secretaria Municipal de Saúde de Vidal Ramos, podendo ser apresentados em forma de cópia, os quais deverão ser autenticados por funcionário efetivo, constando nos mesmos o termo “Confere com o original apresentado” e assinado pelo responsável, ou autenticados em cartório;
 - b) Será contratualizado o pleiteante cuja habilitação possuir parecer favorável da Comissão de Contratualização, com análise e aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Vidal Ramos e a homologação do Secretário de Saúde.
 - c) Só será permitido a contratualização de pessoas jurídicas que possuem profissionais possuidores de diplomas de conclusão de curso superior nas respectivas áreas, devidamente registrados nos conselhos de classe regionais e possuidores de títulos de especialistas, devidamente reconhecidos.
 - d) É vedado a contratualização de pessoas jurídicas que possuem profissionais pertencentes ao **quadro de servidores do Município, sejam eles efetivos, estáveis, comissionados ou temporários, ou ainda, estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos.**
 - e) O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços contratualizado, podendo proceder suspensão do mesmo em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;
 - f) A contratualização configurará uma relação de prestação de serviços;
 - g) A contratualização que venha se enquadrar nas situações previstas no item “d” terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.

h) O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciamento será efetuado mensalmente, de acordo com os valores estipulados na tabela constante do anexo I, levando-se em conta a quantidade de procedimentos efetivamente realizados ou ainda, por número de pacientes atendidos, todos com encaminhamentos por escrito das Unidades de Saúde do Município, em requisições próprias, devidamente autorizadas, acompanhadas da respectiva fatura emitida pelo credenciado, em documento fiscal idôneo.

13. DOS RECURSOS HUMANOS

- a) - Quando o atendimento for realizado em consultórios ou clínicas particulares, é de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATADO**, a utilização de pessoal (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos, outros), para a realização dos procedimentos ambulatoriais constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município ou ao Ministério da Saúde, exceto quando referidos procedimentos ou exames forem realizados em Unidades de Saúde da Prefeitura, com recursos humanos da própria.
- b) Não é de responsabilidade da Prefeitura os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada pelo profissional habilitado por este instrumento, dentro da Unidade de Saúde da Prefeitura ou em consultório e ou clínica particular.

14. DOS ENCAMINHAMENTOS DOS SERVIÇOS

- a) – Todos os exames e procedimentos contratualizados deverão ser feitos através de requisição do SUS, devidamente autorizadas e assinadas por profissional vinculado ao Sistema.
- b) – Todos os procedimentos contratualizados, realizados nas Unidades de Saúde da Prefeitura, devem ter registro em Boletins de Produção Ambulatorial Consolidado ou Individualizado (BPA – C ou BPA – I), conforme orientação a ser repassada pela ECAA, além da cópia do Boletim Diário de Atendimento Médico e da respectiva requisição de encaminhamento, com todos os campos preenchidos, contendo a assinatura do usuário, para a inclusão da produção no sistema de informação SIA/SUS e pagamento.
- c) No caso de haver mais de um prestador contratualidade para o mesmo serviço de saúde, o Município não poderá indicar nominalmente às clínicas ou profissionais, devendo dispor de relação constando o nome, endereço e telefone de todos os serviços contratualizados, **sendo a escolha do prestador dos serviços exclusiva do usuário.**

- d) Os procedimentos realizados em consultório particular ou em Unidades de Saúde Públicas devem, obrigatoriamente, possuir **ENCAMINHAMENTO DE PROFISSIONAL HABILITADO**, autorizado pela Central de Marcação de Consultas, contendo: nome do paciente, idade, dados clínicos, especialidade para a qual o paciente está sendo encaminhado, data e assinatura do requisitante, além de outras informações necessárias, de acordo com a necessidade do município.
15. Os retornos serão agendados de acordo com programação realizada pelo profissional em sua primeira consulta, os quais devem ser solicitados em formulário próprio e agendados com antecedência, na central de marcação, obedecendo às quotas específicas e critérios pré-estabelecidos.
16. Fica eleito o foro da Comarca de Ituporanga, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

Vidal Ramos/SC, 03 de setembro de 2018.

VÂNIO CESAR PETRI
Prefeito

RAQUEL KREUSCH
Secretária de Saúde

ANEXO I**Tabela I**

NOME DO EXAME	VALOR EM R\$	TUSS	NMST
DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	12 4,00	4090138 6	Cardiologia
ECOCARDIOGRAMA - BIDIMENSIONAL INFANTIL	16 8,00	4090110 6	Cardiologia
ECOCARDIOGRAMA COM DOBUTAMINA	43 7,00	4090107 6	Cardiologia
ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER	16 8,00	4090110 6	Cardiologia
OXIMETRIA DE PULSO/HORA	2 5,00	4140151 4	Cardiologia
TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO	12 6,00	4010103 7	Cardiologia
DENSITOMETRIA OSSEA (COL+FEMUR)	19 6,00	4080813 0	Densitometria Ossea
DENSITOMETRIA OSSEA (CORPO INTEIRO)	19 6,00	4080814 9	Densitometria Ossea
DENSITOMETRIA OSSEA DE ANTEBRACO	9 8,00	4080812 2	Densitometria Ossea
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS ILIACAS DIR	19 6,00	4090140 8	Ecocardiograma
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUP. (CBHP	19 6,00	4090141 6	Ecocardiograma
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MID	28 6,00	4090148 3	Ecocardiograma
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MIE	28 6,00	4090148 3	Ecocardiograma
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MSD	28 6,00	4090146 7	Ecocardiograma
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MSE	28 6,00	4090146 7	Ecocardiograma

ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	16 8,00	4090110 6	Ecocardiograma
HOLTER 24 H	14 0,00	2010202 0	Ecocardiograma
ELETROCARDIOGRAMA	3 2,00	4010101 0	Eletrocardiograma
ANESTESIA PARA COLONOSCOPIA	25 0,00	3160000 0	Endoscopia
ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA	25 0,00	3160000 0	Endoscopia
COLONOSCOPIA	57 1,00	4020108 2	Endoscopia
COLONOSCOPIA COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	67 1,00	4020266 6	Endoscopia
COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA E TATUAGEM	76 1,00	4020254 2	Endoscopia
COLONOSCOPIA INFANTIL	53 8,00	4020108 2	Endoscopia
COLONOSCOPIA SEM ANESTESIA	53 8,00	4020108 2	Endoscopia
ENDOSCOPIA DIG ALTA C/BIOPSIA E T.UREASE	55 0,00	4020261 5	Endoscopia
ENDOSCOPIA DIG ALTA C/POLIPECTOMIA E TAT	55 0,00	4020255 0	Endoscopia
ENDOSCOPIA DIG. ALTA C/BIOP. E CITOLOGIA	55 0,00	4020203 8	Endoscopia
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	37 6,00	4020112 0	Endoscopia
ENDOSCOPIA INFANTIL	35 5,00	4020112 0	Endoscopia
ENDOSCOPIA SEM ANESTESIA	22 8,00	4020112 0	Endoscopia
POLIPECTOMIA DE COLON	71 6,00	4020254 2	Endoscopia
POLIPECTOMIA DE ESOFAGO E ESTOMAGO	51 8,00	4020255 0	Endoscopia
RETIRADA CORPO ESTR. ESOF. ESTOM.DUODENO	10 3,00	4020257 7	Endoscopia
RETOSIGMOIDOSCOPIA FLEX.C/BIOPSIA E CITO	13 8,00	4020269 0	Endoscopia
RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	33 6,00	4020268 2	Endoscopia
RETOSSIGMOIDOSCOPIA INFANTIL	28 0,00	4020117 1	Endoscopia
MAMOGRAFIA	11 7,00	4080803 3	Mamografia
MAMOGRAFIA COM MAGNIFICACAO	16 0,00	4080805 0	Mamografia
MAMOGRAFIA DIGITAL	27 5,00	4080804 1	Mamografia
MONITORACAO AMBULATORIAL DE	14	2010203	Mapa

PRESSAO ARTERIAL	0,00	8	
ABDOMEM 3 INCIDENCIAS	6,00	4 4080801 7	Raio X
ABDOMEN 2 INCIDENCIAS	6,00	4 4080801 7	Raio X
ABDOMEN AGUDO 4 INCIDENCIAS	8,00	4 4080802 5	Raio X
ANTEBRACO DIREITO 2 INCIDENCIAS	9,00	2 4080310 4	Raio X
ANTEBRACO ESQUERDO 2 INCIDENCIAS	9,00	2 4080310 4	Raio X
COLUNA DORSO LOMBAR (TRANSICAO I 8 A L 3)	7,00	4 4080208 6	Raio X
COLUNA ESCOLIOSE FRENT PERF 2 INCIDENCIA	3,00	4 4080208 6	Raio X
COLUNA LOMBO-SACRA OBLIQUAS	8,00	4 4080206 0	Raio X
COLUNA SACRO COCCIX 4 INCIDENCIAS	3,00	3 4080207 8	Raio X
CORACAO E VASOS DA BASE:P.A.-LAT(RX)	8,00	4 4080505 0	Raio X
COTOVELO DIREITO 2 INCIDENCIAS	8,00	2 4080309 0	Raio X
COTOVELO ESQUERDO 2 INCIDENCIAS	8,00	2 4080309 0	Raio X
DEFECOGRAMA	1,00	11 4080609 0	Raio X
DEGLUTOGRAMA	4,00	14 4080601 4	Raio X
DENSITOMETRIA OSSEA DE FEMUR	8,00	9 4080812 2	Raio X
ESTERNO 3 INCIDENCIAS	3,00	3 4080301 5	Raio X
FISTULOGRAFIA(RX)	0,00	9 4080905 6	Raio X
HISTEROSSALPINGOGRAFIA(RX)	0,00	63 4080903 0	Raio X
JOELHO DIREITO 2 INCIDENCIAS	9,00	2 4080405 4	Raio X
JOELHO DIREITO 3 INCIDENCIAS	3,00	3 4080406 2	Raio X
JOELHO ESQUERDO - 2 INCIDENCIAS	9,00	2 4080405 4	Raio X
JOELHO ESQUERDO 3 INCIDENCIAS	3,00	3 4080406 2	Raio X
LARINGE 3 INCIDENCIAS	3,00	3 4080507 7	Raio X
MAO DIREITA 2 INCIDENCIAS	8,00	2 4080312 0	Raio X
MAO ESQUERDA 2 INCIDENCIAS	8,00	2 4080312 0	Raio X

MAOS E PUNHOS IDADE OSSEA 3 INCIDENCIAS	2 8,00	4080313 9	Raio X
MASTOIDES/ROCHEDOS BILATERAL 8INCIDENCIA	4 5,00	4080104 7	Raio X
OMOPLATA DIREITO ESCAPULA 3 INCIDENCIAS	3 3,00	4080305 8	Raio X
OMOPLATA ESQUERDO(ESCAPULA)3 INCIDENCIAS	3 3,00	4080305 8	Raio X
PE OU PODODACTILOS DIREITO 2 INCIDENCIAS	2 9,00	4080409 7	Raio X
PE OU PODODACTILOS ESQUERDO 2 INCIDENCIA	2 9,00	4080409 7	Raio X
PERNA DIREITA 2 INCIDENCIAS	3 3,00	4080407 0	Raio X
PUNHO DIREITO 4 INCIDENCIAS	3 2,00	4080311 2	Raio X
PUNHO ESQUERDO 4 INCIDENCIAS	3 2,00	4080311 2	Raio X
RAIO-X DE TORAX COM ESOFAGO CONTRASTADO	4 2,00	4080502 6	Raio X
RX ARTROGRAFIA	3 4,00	4080904 8	Raio X
RX ABDOMEN	2 9,00	4080801 7	Raio X
RX ADENOIDES OU CAVUM 1 INCIDENCIA	2 7,00	4080112 8	Raio X
RX ADENOIDES OU CAVUM 2 INCIDENCIAS	2 8,00	4080112 8	Raio X
RX ARCADA ZIGOMATICA MALAR	3 3,00	4080110 1	Raio X
RX ART. ACROMIO-CLAVICULAR D	2 9,00	4080306 6	Raio X
RX ART. ACROMIO-CLAVICULAR E	2 9,00	4080306 6	Raio X
RX ART. COXO-FEMURAL D	3 3,00	4080403 8	Raio X
RX ART. COXO-FEMURAL E	3 3,00	4080403 8	Raio X
RX ART. ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO	3 2,00	4080302 3	Raio X
RX ART. ESTERNO-CLAVICULAR ESQUERDO	3 2,00	4080302 3	Raio X
RX ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL (DIREIT	2 9,00	4080307 4	Raio X
RX ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL (ESQUER	2 9,00	4080307 4	Raio X
RX ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR	3 4,00	4080111 0	Raio X
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	2 8,00	4080408 9	Raio X
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	2	4080408	Raio X

(ESQUERDO)	8,00	9	
RX ARTICULACOES SACROILIACAS - (CBHPM)	3 2,00	4080402 0	Raio X
RX BACIA	2 9,00	4080401 1	Raio X
RX BRACO DIREITO	3 2,00	4080308 2	Raio X
RX BRACO ESQUERDO	3 2,00	4080308 2	Raio X
RX CALCANEIO (DIREITO)	2 8,00	4080410 0	Raio X
RX CALCANEIO (ESQUERDO)	2 8,00	4080410 0	Raio X
RX CLAVICULA (DIREITO)	3 2,00	4080306 6	Raio X
RX CLAVICULA - (CBHPM)	3 2,00	4080306 6	Raio X
RX CLISTER OPACO	14 5,00	4080608 1	Raio X
RX COL TOTAL ESCOLIOSE PANORAMICA 2INCID	6 3,00	4080209 4	Raio X
RX COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS - (CB	3 2,00	4080201 9	Raio X
RX COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS - (CB	4 3,00	4080202 7	Raio X
RX COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU DINAMIC	4 0,00		0 Raio X
RX COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS - (CBHP	3 4,00	4080203 5	Raio X
RX COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS - (CBHP	4 9,00	4080204 3	Raio X
RX COLUNA LOMBO SACRA FUNC OU DINAMICA	4 6,00		0 Raio X
RX COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCID - (CBHPM)	3 4,00	4080205 1	Raio X
RX COLUNA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	4 0,00	4080208 6	Raio X
RX CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	4 5,00	4080104 7	Raio X
RX COSTELAS POR HEMITORAX D	3 3,00	4080303 1	Raio X
RX COSTELAS POR HEMITORAX E	3 3,00	4080303 1	Raio X
RX COXA DIREITA 2 INCIDENCIAS	3 3,00	4080404 6	Raio X
RX COXA ESQUERDA 2 INCIDENCIAS	3 3,00	4080404 6	Raio X
RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS - (CBHPM)	3 2,00	4080101 2	Raio X
RX CRANIO - 3 INCIDENCIAS - (CBHPM)	3 4,00	4080102 0	Raio X

RX CRANIO - 4 INCIDENCIAS - (CBHPM)	4 4,00	4080103 9	Raio X
RX ESCANOMETRIA	3 2,00	4080411 9	Raio X
RX ESOFAGO	7 3,00	4080603 0	Raio X
RX ESQUELETO	29 1,00	4080811 4	Raio X
RX ESTOMAGO E DUODENO	10 9,00	4080604 9	Raio X
RX ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	11 8,00	4080607 3	Raio X
RX INCIDENCIA ADIC DE CRANIO OU FACE - (1 2,00	4080120 9	Raio X
RX INCIDENCIA ADIC DE MEMBRO INFERIOR-CB	1 2,00	4080413 5	Raio X
RX INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA - (CBH	1 3,00	4080211 6	Raio X
RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMB SUP -CBH	1 2,00	4080314 7	Raio X
RX MAXILAR INFERIOR P.A. OBLIQUIAS	3 2,00	4080108 0	Raio X
RX MEDIASTINO	6 1,00	4080506 9	Raio X
RX ORBITAS	3 4,00	4080105 5	Raio X
RX OSSOS DA FACE 4 INCIDENCIAS	3 4,00	4080109 8	Raio X
RX PERNA ESQUERDA	3 3,00	4080407 0	Raio X
RX SERIOGRAFIA	12 7,00	4080605 7	Raio X
RX TORAX - 1 INCIDENCIA - (CBHPM)	2 6,00	4080501 8	Raio X
RX TORAX - 2 INCIDENCIAS - (CBHPM)	3 3,00	4080502 6	Raio X
RX TORAX - 3 INCIDENCIAS - (CBHPM)	3 5,00	4080503 4	Raio X
RX TORAX - 4 INCIDENCIAS - (CBHPM)	4 8,00	4080504 2	Raio X
RX TORAX APICO-LORDOTICA	2 5,00	4080502 6	Raio X
RX TRANSITO INTESTINAL	12 6,00	4080606 5	Raio X
RX URETROCISTOGRAFIA	21 8,00	4080705 3	Raio X
RX URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO - (CBHPM)	23 1,00	4080705 3	Raio X
RX URETROCISTOGRAFIA DE CRIANCA (ATE 12	16 1,00	4080706 1	Raio X
RX UROGRAFIA EXCRETORA	18	4080701	Raio X

	7,00	0	
RX UROGRAFIA V.C. BEXIGA PRE/POS MICCAO	18 7,00	4080701 0	Raio X
RX UROGRAFIA VEM C/ BEXIGA PRE E POS MIC	18 7,00	4080701 0	Raio X
RX UROGRAFIA VEM C/ NEFROTOMOGRRAFIA-CBHP	20 6,00	4080704 5	Raio X
RX UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1.2.3.	18 7,00	4080703 7	Raio X
SEIOS DA FACE 3 INCIDENCIAS	3 3,00	4080106 3	Raio X
SEIOS DA FACE 4 INCIDENCIAS	3 2,00	4080106 3	Raio X
SELA TURCA 3 INCIDENCIAS	3 2,00	4080107 1	Raio X
SERIOGRAFIA INFANTIL	12 7,00	4080605 7	Raio X
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	15 3,00	4080705 3	Raio X
ANESTESIA PARA RM	25 0,00	3160000 0	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM ABDOMEN SUPERIOR	42 5,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM AORTA TORACICA	42 5,00	4110133 2	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM ARTERIAL MEMB INF ESQ	40 0,00	4110155 3	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM ARTERIAL MEMB SUP DIR	40 0,00	4110157 0	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM ARTERIAL MEMB SUP ESQ	40 0,00	4110157 0	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM DO CRANIO	42 5,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM DO PESCOCO (CAROT. E VERT)	42 5,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM PELVE	42 5,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM VENOSA MEMB INF DIR	40 0,00	4110156 1	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM VENOSA MEMB INF ESQ	40 0,00	4110156 1	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM VENOSA MEMB SUP DIR	40 0,00	4110158 8	Ressonancia Magnetica
ANGIO RM VENOSA MEMB SUP ESQ	40 0,00	4110158 8	Ressonancia Magnetica
ANGIO-RM ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	40 0,00	4110155 3	Ressonancia Magnetica
ANGIORESSONANCIA TORAX	40 0,00	4110133 2	Ressonancia Magnetica
ANGIORM ARTERIAL CRANIO	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica

ANGIORM ARTERIAL PELVE	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM ARTERIAL PESCOCO	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM ARTERIAL PULMONAR	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM DA AORTA ABDOMINAL	42 5,00	4110134 0	Ressonancia Magnetica
ANGIORM VENOSA ABDOME SUPERIOR	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM VENOSA CRANIO	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM VENOSA PELVE	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM VENOSA PESCOCO	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ANGIORM VENOSA PULMONAR	40 0,00	4110132 4	Ressonancia Magnetica
ARTRO RM COTOVELO DIREITO	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRO RM COTOVELO ESQUERDO	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTROGRAFIA RM	3 4,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO JOELHO (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO JOELHO (ESQUERDO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO OMBRO (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO OMBRO(ESQUERDO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO PUNHO (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO PUNHO (ESQUERDO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO QUADRIL (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO QUADRIL (ESQUERDO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO TORNOZELO (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORESSONANCIA DO TORNOZELO (DIREITO)	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORRESSONANCIA DE JOELHO	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORRESSONANCIA DE OMBRO	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
ARTRORRESSONANCIA OMBRO ESQUERDO	43 3,00	4110201 0	Ressonancia Magnetica
COLANGIO RM	34	4110135	Ressonancia

	0,00	9	Magnetica
RM ABDOMEN TOTAL	76 0,00		Ressonancia Magnetica
RM ANTEBRACO DIREITO	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM ANTEBRACO ESQUERDO	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM ATM	34 0,00	4110110 3	Ressonancia Magnetica
RM BACIA	34 0,00	4110127 8	Ressonancia Magnetica
RM BACIA (ARTICULACOES SACROILIACAS) - C	34 0,00	4110118 9	Ressonancia Magnetica
RM BASE DO CRANIO - [CBHPM]	34 0,00	4110103 0	Ressonancia Magnetica
RM BOLSA ESCROTAL	34 0,00	4110121 9	Ressonancia Magnetica
RM BRACO DIREITO	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM BRACO ESQUERDO	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM CAVIDADE NASAL	34 0,00	4110101 4	Ressonancia Magnetica
RM COLUNA DORSAL	34 0,00	4110122 7	Ressonancia Magnetica
RM COTOVELO DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM COTOVELO ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM COXA DIREITA	34 0,00	4110128 6	Ressonancia Magnetica
RM COXA ESQUERDA	34 0,00	4110128 6	Ressonancia Magnetica
RM COXO-FEMURAL DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM COXO-FEMURAL ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM DE ABDOMEN SUPERIOR	34 0,00	4110117 0	Ressonancia Magnetica
RM DE COLUNA CERVICAL	34 0,00	4110122 7	Ressonancia Magnetica
RM DE COLUNA LOMBO-SACRA	34 0,00	4110122 7	Ressonancia Magnetica
RM DE COLUNA SACROCOGIGEA / SACROILIACA	34 0,00	4110122 7	Ressonancia Magnetica
RM DE CORACAO	89 6,00	4110115 4	Ressonancia Magnetica
RM DE CRANIO	34 0,00	4110101 4	Ressonancia Magnetica
RM DE PESCOCO	34 0,00	4110111 1	Ressonancia Magnetica

RM DE TORAX	34 0,00	4110112 0	Ressonancia Magnetica
RM DEDOS MAO DIREITA	34 0,00	4110126 0	Ressonancia Magnetica
RM DEDOS MAO ESQUERDA	34 0,00	4110126 0	Ressonancia Magnetica
RM DEDOS PE ESQUERDO	34 0,00	4110130 8	Ressonancia Magnetica
RM ESCAPULA DIREITA	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM ESCAPULA ESQUERDA	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM ESTERNO/ARTICULACAO ESTERNO- CLAVICULA	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM HIPOFISE (CRANIO)	34 0,00	4110102 2	Ressonancia Magnetica
RM JOELHO DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM JOELHO ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM MAMA DIREITA [CBHPM]	34 0,00	4110116 2	Ressonancia Magnetica
RM MAMA ESQUERDA [CBHPM]	34 0,00	4110116 2	Ressonancia Magnetica
RM MAO DIREITA	34 0,00	4110126 0	Ressonancia Magnetica
RM MAO ESQUERDA	34 0,00	4110126 0	Ressonancia Magnetica
RM MASTOIDE	34 0,00	4110101 4	Ressonancia Magnetica
RM MEMBR SUP UNI (S/MAO E ARTICULACOES)-	34 0,00	4110125 1	Ressonancia Magnetica
RM OMBRO DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM OMBRO ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM ORBITA	34 0,00	4110107 3	Ressonancia Magnetica
RM PE DIREITO	34 0,00	4110130 8	Ressonancia Magnetica
RM PE ESQUERDO	34 0,00	4110130 8	Ressonancia Magnetica
RM PELVE/PELVICA	34 0,00	4110118 9	Ressonancia Magnetica
RM PERNA DIREITA	34 0,00	4110129 4	Ressonancia Magnetica
RM PERNA ESQUERDA	34 0,00	4110129 4	Ressonancia Magnetica
RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO	34 0,00	4110124 3	Ressonancia Magnetica
RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO	34	4110124	Ressonancia

	0,00	3	Magnetica
RM PUNHO DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM PUNHO ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM RECONSTRUCAO TRIDIMENSIONAL	41 0,00	4110138 3	Ressonancia Magnetica
RM TORNOZELO DIREITO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
RM TORNOZELO ESQUERDO	34 0,00	4110131 6	Ressonancia Magnetica
URO RESSONANCIA	34 0,00	4110135 9	Ressonancia Magnetica
CONTRASTE RESSONANCIA MAGNETICA	25 0,00		Ressonancia Magnetica
ANESTESIA PARA TC	25 0,00	3160000 0	Tomografia
ANGIO ARTERIAL PESCOCO	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIO TC DA AORTA ABDOMINAL	24 0,00	4100116 8	Tomografia
ANGIO TC DA AORTA TORACICA	24 0,00	4100117 6	Tomografia
ANGIO TC PESCOCO	24 0,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC ARTERIAL ABDOME SUPERIOR	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC ARTERIAL DE CRANIO	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC ARTERIAL PELVE	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC ARTERIAL PULMONAR	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC ARTERIAL TORAX	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSA ABDOME SUPERIOR	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSA PELVE	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSA PESCOCO	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSA PULMONAR	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSA TORAX	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTC VENOSO DE CRANIO	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTOMOGRAFIA	22 7,00	4100116 8	Tomografia
ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR	24 0,00	4100116 8	Tomografia

ANGIOTOMOGRAFIA CRANIO	24 0,00	4100116 8	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE JOELHO (ESQUERDO)	24 2,00	0	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE QUADRIL (DIREITO)	24 2,00	0	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE QUADRIL (ESQUERDO)	24 2,00	0	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE JOELHO (DIREITO)	24 2,00	0	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE OMBRO (DIREITO)	24 2,00	0	Tomografia
ARTROTOMOGRAFIA DE OMBRO (ESQUERDO)	24 2,00	0	Tomografia
CONTRASTE DEMAIS ANGIOTC	21 0,00	0	Tomografia
CONTRASTE TC	14 0,00	0	Tomografia
TC ABDOMEN SUPERIOR	23 4,00	4100110 9	Tomografia
TC ABDOMEN TOTAL	36 0,00	4100109 5	Tomografia
TC ANTE-BRACO (DIREITO)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC ANTE-BRACO (ESQUERDO)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC ATM	22 6,00	4100104 4	Tomografia
TC BACIA	22 0,00	4100111 7	Tomografia
TC BRACO DIREITO	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC BRACO ESQUERDO	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC COLONOSCOPIA VIRTUAL	6 9,00	4100121 4	Tomografia
TC COLUNA CERVICAL	18 5,00	4100112 5	Tomografia
TC COLUNA LOMBO-SACRA	18 5,00	4100112 5	Tomografia
TC COLUNA TORACICA	18 5,00	4100112 5	Tomografia
TC COTOVELO DIREITO	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC COTOVELO ESQUERDO	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC COXA (BILATERAL)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC COXOFEMURAL (DIREITO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC COXOFEMURAL (ESQUERDO)	22	4100114	Tomografia

	0,00	1	
TC CRANIO	20 4,00	4100101 0	Tomografia
TC DE JOELHOS COM FLEXAO	20 8,00	4100114 1	Tomografia
TC DINAMICA	22 7,00	4100117 6	Tomografia
TC ESTERNO	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC FACE OU SEIOS DA FACE C/ ANESTESIA	22 6,00	4100103 6	Tomografia
TC JOELHO (DIREITO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC JOELHO (ESQUERDO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC MANDIBULA	22 6,00	4100104 4	Tomografia
TC MASTOIDES	22 0,00	4100102 8	Tomografia
TC MAXILAR	22 6,00	4100104 4	Tomografia
TC OMBRO (DIREITO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC OMBRO (ESQUERDO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC ORBITAS	20 4,00	4100101 0	Tomografia
TC PE (DIREITO)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC PE (ESQUERDO)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC PELVE	22 0,00	4100111 7	Tomografia
TC PERNA (BILATERAL)	22 0,00	4100115 0	Tomografia
TC PESCOCO	23 4,00	4100106 0	Tomografia
TC PUNHO (DIREITO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC PUNHO (ESQUERDO)	22 0,00	4100114 1	Tomografia
TC RECONSTRUCAO TRIDIMENSIONAL	20 0,00	4100120 6	Tomografia
TC SACRO ILIACAS	20 8,00	4100114 1	Tomografia
TC SEGMENTO ADICIONAL DE COLUNA	5 2,00	4100113 3	Tomografia
TC SEIOS DA FACE	22 6,00	4100103 6	Tomografia
TC SELA TURSICA	20 4,00	4100101 0	Tomografia

TC TORAX	22 0,00	4100107 9	Tomografia
TC VIAS URINARIAS	36 0,00	4100109 5	Tomografia
ECO TRANS ESOFAGICO	41 2,00	4090109 2	Transesofagico
DOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO	28 6,00	4090147 5	Ultrasonografia
DOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	28 6,00	4090147 5	Ultrasonografia
DOPPLER ARTERIAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	25 8,00	4090145 9	Ultrasonografia
DOPPLER ATERIAS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	25 8,00	4090145 9	Ultrasonografia
DOPPLER COL. ARTERIAS VISCERAIS (CBHPM)	18 5,00	4090141 6	Ultrasonografia
DOPPLER COL. DE AORTA ABDOMINAL (AMB92)	19 6,00	4090140 8	Ultrasonografia
DOPPLER COL. VASOS CERV. ART. BI (CBHPM)	22 1,00	4090136 0	Ultrasonografia
DOPPLER COL. VASOS CERV. VEN. BI (CBHPM)	22 1,00	4090136 0	Ultrasonografia
DOPPLER COL. DE ORGAOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	12 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS TEMPORAIS	22 1,00	4090136 0	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO DE BOLSA ESCROTAL	22 1,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO DE GL SUBMANDIBULAR	22 1,00	4090136 0	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE	12 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO DO FIGADO VIAS BILIARES	18 5,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO	30 7,00	4090126 2	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO GEMELAR	43 7,00	4090126 2	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO MORFOLOGICO TRIGEMELAR	56 4,00	4090126 2	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO OBSTETRICA GEMELAR	17 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO OBSTETRICA TRIGEMELAR	22 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER COLORIDO PELVICO TRANSVAGINAL	12 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
DOPPLER DE ABDOMEN SUPERIOR (PART)	19 6,00	4090141 6	Ultrasonografia
DOPPLER DE ABDOMEN TOTAL (PART)	22 1,00	4090141 6	Ultrasonografia
DOPPLER DE MAMA	12	4090138	Ultrasonografia

	4,00	6	
DOPPLERCOLORIDOOBSTETRICA	12 4,00	4090138 6	Ultrasonografia
RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	14 6,00	4020117 1	Ultrasonografia
US OBSTETRICA	5 4,00	4090123 8	Ultrasonografia
US RENAL (RINS)	10 6,00	4090116 5	Ultrasonografia
US VIAS URINARIAS FEMININO	7 7,00	4090115 7	Ultrasonografia
USG ABDOME INF FEMININO BEXIGA UTER OVAR	7 9,00	4090118 1	Ultrasonografia
USG ABDOME INF MASCULINO BEXIGA PROSTATA	7 9,00	4090117 3	Ultrasonografia
USG ABDOMEM SUPERIOR	8 5,00	4090113 0	Ultrasonografia
USG ABDOMEM TOTAL	12 3,00	4090112 2	Ultrasonografia
USG ABDOMEN COM PESQUISA DE REFLUXO	8 5,00	4090112 2	Ultrasonografia
USG ANTEBRACO DIREITO	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG ANTEBRACO ESQUERDO	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG AXILAR DIREITA / ESQUERDA	6 0,00	4090121 1	Ultrasonografia
USG BRACO DIREITO	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG BRACO ESQUERDO	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG COTOVELO DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG COTOVELO ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG COXA DIREITA	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG COXA ESQUERDA	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG DE TENDOES	6 0,00	4090121 1	Ultrasonografia
USG GLANDULAS SALIVARES	7 3,00	4090103 3	Ultrasonografia
USG HIPOCONDRIODIR (FIGADO, VES,VIASBIL	8 5,00	4090113 0	Ultrasonografia
USG JOELHO DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG JOELHO ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG MAMA	7 3,00	4090111 4	Ultrasonografia

USG MAO DIREITA	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG MAO ESQUERDA	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG MUSCULOS	6 0,00	4090121 1	Ultrasonografia
USG MUSCULOS E TENDONES	6 0,00	4090121 1	Ultrasonografia
USG OBST COM TRANSLUCENCIA NUCAL GEMELAR	16 0,00	4090125 4	Ultrasonografia
USG OBST TRANSLUCENCIA NUCAL TRIGEMELAR	24 0,00	4090125 4	Ultrasonografia
USG OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	8 5,00	4090125 4	Ultrasonografia
USG OBSTETRICA GEMELAR	7 3,00	4090127 0	Ultrasonografia
USG OBSTETRICA TRIGEMELAR	9 6,00	4090127 0	Ultrasonografia
USG OMBRO DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG OMBRO ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG ORG ESTRUTURAIIS SUPERFICIAIS (MAMA,	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PARATIREOIDE	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PARTES MOLES	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PE DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG PE ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG PELVICA (GINECOLOGICA)	7 9,00	4090118 1	Ultrasonografia
USG PELVICA (TRANSVAGINAL)	7 3,00	4090130 0	Ultrasonografia
USG PENIS	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PERNA DIREITA	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PERNA ESQUERDA	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG PROSTATA	7 9,00	4090117 3	Ultrasonografia
USG PROSTATA - VIA TRANS-RETAL	11 0,00	4090133 5	Ultrasonografia
USG PUNHO DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG PUNHO ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG QUADRIL DIREITO	7	4090122	Ultrasonografia

	3,00	0	
USG QUADRIL ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG QUADRIL INFANTIL DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG QUADRIL INFANTIL ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG REGIAO CERVICAL(PESCOCO)	6 0,00	4090121 1	Ultrasonografia
USG RETROPERITONEO	9 8,00	4090114 9	Ultrasonografia
USG TESTICULO	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG TIREOIDE	6 0,00	4090120 3	Ultrasonografia
USG TORNOZELO DIREITO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG TORNOZELO ESQUERDO	7 3,00	4090122 0	Ultrasonografia
USG TRANSV. P/ CONT. OVULULACAO (3+EXSER	14 6,00	4090131 9	Ultrasonografia
USG TRANSVAGINAL GEMELAR	9 6,00	4090130 0	Ultrasonografia
USG TRANSVAGINAL OBSTETRICA	10 6,00	4090129 7	Ultrasonografia
USG TRANSVAGINAL TRIGEMELAR	11 8,00	4090130 0	Ultrasonografia
USG VIAS URINARIAS MASCULINO	10 6,00	4090116 5	Ultrasonografia

ANEXO II

TERMO DE CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde de Vidal Ramos, Estado de Santa Catarina, com sede na Avenida Jorge Lacerda, 1.180 - Centro - , CNPJ nº. 14.164.340/0001-62, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, portador da Carteira de Identidade nº _____ e CPF _____, nos termos do Edital de Chamada Publica nº.01/2017, CONTRATUALIZA, através do presente Termo, o Sr. (a), ou empresa..... (nome, qualificação, endereço, identificação, CPF ou CNPJ), para PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAUDE na área de, de acordo com as seguintes condições:

I – DO OBJETO

Art. 1º. – O CREDENCIADO prestará ao Município de Ituporanga os seguintes serviços de saúde: _____

_____, conforme normas previstas no Edital nº. 01/2018 e demais orientações constantes da Solicitação de Habilitação nº. _____ / _____, através do parecer da Comissão especialmente criada para este fim, do Conselho Municipal de Saúde e homologação da Secretário(a) Municipal de Saúde.

II – DA REMUNERAÇÃO

Art. 2º. – O preço ajustado entre as partes será o constantes das tabelas I, anexo I do Edital nº. 02/2018, aceito pelo CONTRATUALIZADO no momento da apresentação da documentação e pedido, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, manutenção, impostos, taxas e outros dispêndios necessários à realização do objeto contratado.

III – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Art. 3º. – O Município de Vidal Ramos em a obrigação de:

1. – Efetuar o pagamento dos procedimentos executados ao CONTRATUALIZADO, nos valores constantes das tabelas I, anexo I do Edital nº. 01/2018 - Preços Públicos - até o dia 10 do mês subsequente da realização dos serviços, mediante a apresentação das requisições ou Boletins de Atendimento Diários, assinados pelo usuário, bem como, a competente fatura emitida pelo CONTRATUALIZADO, em documento fiscal idôneo.
2. – O Município reserva-se o direito de fiscalizar de forma permanente, a prestação dos serviços prestados pelo CONTRATUALIZADO, podendo proceder a suspensão do contrato, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
3. – Efetuar a conferência técnica e administrativa das faturas e requisições apresentadas.
4. – Fornecer formulários de receituários, requisições e atestados para o CONTRATUALIZADO utilizar em seu consultório ou clinica particular, quando em atendimento a usuários do SUS, e exclusivamente a estes.
5. – Quando os **serviços de saúde contratualizados** forem realizados dentro das Unidades de Saúde da Prefeitura, é de responsabilidade exclusiva do Município, a utilização de pessoal de apoio (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativo, outros) e dos materiais necessários para o respectivo procedimento.
7. – Fica vedado ao Município o pagamento de procedimentos que não tiverem devidamente descritos nas requisições próprias e não constarem a assinatura do usuário.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

Artigo 4º. – São obrigações do CONTRATUALIZADO:

1. – Atender todos os encaminhamentos habilitados pelo instrumento do Edital de Chamada Pública 02/2018, feitos por profissionais de saúde da rede pública SUS de Ituporanga, devidamente autorizadas por funcionário do Município.
2. – Preencher com clareza e exatidão todos os campos das requisições, laudos, atestados, receituários e demais formulários e documentos fornecidos pelo Município.
3. – Utilizar os documentos referidos no item 2 somente para usuários do SUS.
4. – É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATUALIZADO**, a utilização de pessoal (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos, outros), para a realização dos procedimentos ambulatoriais e exames constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município ou ao Ministério da Saúde, exceto quando referidos procedimentos ou exames forem realizados na Unidade de Saúde da Prefeitura pelo CONTRATUALIZADO, com suporte técnico e recursos humanos da própria.
5. – É de responsabilidade do CONTRATUALIZADO todos os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada por este, dentro da Unidade de Saúde da Prefeitura ou em consultório, ambiente hospitalar e/ou clinica particular.

6. – O pagamento pelos serviços prestados habilitados através do Edital 02/2017, será efetuado mensalmente, de acordo com os valores estipulados na tabela constante do mesmo, com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o quinto dia útil do mês subsequente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, por encaminhamento das Unidades de Saúde do Município, em requisições próprias, devidamente autorizadas, acompanhadas da respectiva fatura emitida pelo credenciado, em documento fiscal idôneo, anexando relação dos usuários atendidos, com o nome completo e origem da execução do objeto para o qual foi contratado.

7. – **O CREDENCIADO deverá realizar o conjunto de procedimentos relativos à sua área de atuação, conforme relação constante na tabela I, anexo I, do Edital nº. 02/2018.**

8. A porta de entrada para o SUS configura-se pelo atendimento prestado nas Unidades Públicas de Saúde do Município, Clínicas e/ou Consultórios médicos/odontológicos credenciados pela rede pública, unidade hospitalar contratualizada pela Secretaria de Estado da Saúde, incluindo o pronto atendimento (urgência/emergência).

9. – Comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços de saúde por motivos particulares, definindo o período do não atendimento.

10. – Os atendimentos ora contratualizados devem possuir a mesma qualidade oferecida a outros convênios ou credenciamentos.

V – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Artigo 5º. – Em caso de atraso na entrega dos documentos pelo CONTRATUALIZADO, o pagamento feito pelo Município será retardado proporcionalmente.

Art. 6º. – Em nenhuma hipótese o **CONTRATUALIZADO poderá cobrar do usuário qualquer importância**, referente aos serviços constantes de requisição ou ordem de serviço emitida pelo Município, implicando em SUSPENSÃO CONTRATUAL OBRIGATÓRIA, com as demais cominações legais.

Art. 7º. – O Município reserva-se o direito de após a conferência técnica e administrativa dos documentos apresentados, efetuada pela Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, ou por profissional habilitado indicado para tal função, solicitar perícias e informações adicionais, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

Art. 8º. – A remuneração recebida pelo CONTRATUALIZADO não gerará direito adquirido e, portanto, não caracteriza vínculo de natureza trabalhista e previdenciária para o Município.

Art. 9º. – A CONTRATUALIZAÇÃO terá vigência de **12 (doze) meses**, a partir da assinatura do contrato.

Art. 10º. – O presente CONTRATO poderá ser revogado a qualquer momento, a bem do interesse público, por parte do Município sem que haja direito a indenização por parte do CONTRATUALIZADO.

Art. 11º. – O CONTRATUALIZADO poderá suspender o atendimento, devendo comunicar ao Município com 30 (trinta) dias de antecedência.

Art. 12º. – O CONTRATUALIZADO não poderá delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços constantes deste termo.

Art. 13º. – Fica o CONTRATUALIZADO responsável civil e criminalmente, por todo e qualquer dano decorrente da execução do objeto contratado e, especialmente, por eventuais acidentes pessoais, devendo, para tanto, estar assegurado por apólice.

Art. 14º. – Fica eleito o FORUM DA COMARCA DE ITUPORANGA, para dirimir qualquer dúvida oriunda do presente Termo de Contrato, o qual será emitido em 03 (três) vias de igual teor, sendo devidamente assinado pelas partes interessadas, na presença de duas testemunhas.

Vidal Ramos SC.....de.....de

Prefeito Municipal

Contratualizado

Testemunhas:

Id. Ou CPF

Id. Ou CPF

ANEXO III

Fluxo de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Vidal Ramos, pela Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria – ECAA, para Contratualização dos Prestadores de Serviço do SUS.

Prefeitura Vidal Ramos	Atendimento para entrega da documentação
<p>2^a. a 6^a. feira, das 8:00 às 11:30 às 13:30 às 17:00 horas</p> <p>Fone: (047) 3356-2300</p> <p>e- mail: compras@prefeituravidalramos.com.br</p>	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Entregar documentos em envelope fechado, no endereço supracitado, dirigido à Comissão de Avaliação das Solicitações.
- Caso o interessado encontre dificuldades em juntar a documentação, procurar estabelecimento contábil.