



**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO Nº
001/2023**

O MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA-GO, com interveniência do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE / Secretaria Municipal de Saúde, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua 33, nº 420, Centro, neste ato representado pela sua gestora LUCIANA OTONI DE FARIA, por meio da Comissão de Credenciamento, nomeada através da Portaria nº 167/2023 – SMS de 24 de Maio de 2023, torna público que, em cumprimento aos preceitos contidos na Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores, a Instrução Normativa 07/2016 com as alterações das Instruções Normativas n.º 01/2017 e n.º 01/2018, do TCM, que estará aberto as inscrições para **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços na área da saúde, **CLINICAS, LABORATÓRIOS DE ANALISES CLINICAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE**, a partir do dia **12 de Junho de 2023**, no site: <https://goianesia.go.gov.br/saude>, segundo as condições estabelecidas no presente edital e seus anexos, cujos termos, igualmente o integram, sendo o resultado publicado no site www.goianesia.go.gov.br em **26 de Junho de 2023**.

1. DO OBJETO

1.1. O presente Edital de Credenciamento tem por objeto a contratação de interessados prestadores de serviços na área de saúde – **CLINICAS, LABORATÓRIOS DE ANALISES CLINICAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE**, serviços que deverão ser prestados em suas dependências, com os materiais, corpo clínico e recursos técnicos disponíveis nas áreas de: clínica médica, exames radiológicos, por imagem, laboratoriais de análises clínicas, exames complementares de ultrassonografia, endoscopia, mamografia, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, eletroencefalograma, exames cardiologicos, exames audiológicos, exames pneumológicos, exames e procedimentos oftalmologicos, consultas com especialistas, serviços especializados de Terapia Fotônica (tratamento de feridas e dores crônicas), Cirurgias Oftalmológicas, , ficando consignado que exames laboratoriais também deverão ser realizados, por regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento das necessidades dos pacientes internos no Hospital Municipal Irmã Fanny Duran e Unidade de Pronto Atendimento Prefeito Walter Augusto Fernandes - UPA, conforme especificações e valores estabelecidos no Anexo I, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de Contrato de Prestação de Serviços, visando formalizar a prestação de serviços aos usuários do SUS em todas as especialidades executadas no município, de média e alta complexidade, constante das tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS editadas pelo Ministério da Saúde e **TABELA APROVADA PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO Nº 007/202-CMS, de 06 de Junho de 2023**.

2. DA JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO

2.1. A presente solicitação trata-se de necessidade da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento dos municípios de Goianésia, com serviços de atenção básica de saúde, assim como outros serviços complementares no atendimento nos ambulatórios e estabelecimentos credenciados pelo município.





2.2. Ao Estado incumbe a missão constitucionalmente orientada de promover a saúde e garantir o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, seja qual for o nível de complexidade, através do Sistema Único de Saúde. O Município de Goianésia é habilitado em Gestão Plena do SUS devendo garantir o acesso universal, igualitário e integral ao SUS a população do município. O SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, a qual toma como premissa a descentralização com direção única em cada esfera de governo. É fácil constatar que, pelo princípio da descentralização, que aos municípios compete à grande maioria das incumbências do SUS, com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados. Assim sendo, cabe ao gestor municipal de saúde fazer o levantamento das disponibilidades físicas, financeiras e humanas da rede pública sob sua gestão, para garantir a universalidade e integralidade do acesso da população própria e referenciada aos serviços de saúde, considerando a demanda existente, através de ações próprias ou utilizando-se da colaboração de terceiros no cumprimento deste mandamento constitucional. Neste sentido, cumprirá ao gestor em saúde, contratar os serviços necessários para assegurar que a Rede Municipal de Saúde de Goianésia atenda à população goianesiense e quiçá da região.

2.2 – De tal arte, ante ao exposto, tem-se necessária a realização de Processo de Chamada Pública para contratação de pessoas físicas e jurídicas de direito público ou de direito privado com ou sem fins lucrativos para a manutenção da execução de serviços de saúde do Município de Goianésia pelo presente credenciamento.

3. DO CREDENCIAMENTO

3.1 Poderão participar deste procedimento todos os interessados (pessoa física e pessoa jurídica) que preencham as condições mínimas exigidas neste edital, no prazo de vigência do presente certame.

3.2 É facultado a todo profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significa sua admissão a um cadastro de profissionais da área que ficará à disposição da Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 O credenciamento será feito a todas as pessoas independentes do número de vagas oferecidas, cabendo ao Poder Público credenciante a convocação dos credenciados, conforme a necessidade e conveniência.

3.4 O credenciamento não estabelece qualquer obrigação do Fundo Municipal de Saúde de Goianésia em efetivar a contratação do serviço, devendo convocar os candidatos credenciados de acordo com suas necessidades.

3.5 A convocação dos credenciados se dará por ordem de credenciamento, que será realizado exclusivamente de maneira virtual, pelo sítio eletrônico <https://goianesia.go.gov.br/saude>, a partir do dia **12 de Junho de 2023**.

3.6 Os interessados deverão acessar o sítio eletrônico, preencher os dados solicitados para cadastro, e efetuar o upload dos arquivos solicitados no presente edital, por meio de **ARQUIVO ÚNICO NO FORMATO PDF**.

3.7 Todos os profissionais, seja pessoa jurídica ou física, que se inscreverem e apresentarem a documentação em conformidade com as exigências deste edital serão credenciadas e convocadas conforme as vagas oferecidas e na ordem de credenciamento.

3.8 A inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pela credenciadora.

3.9 Os credenciamentos poderão ser rescindidos a qualquer tempo pela administração, especialmente no caso de realização de concurso público.

4. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CREDENCIAMENTO

4.1. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

a) No caso de empresário individual: Cédula de Identidade, CPF e Inscrição Empresarial em vigor devidamente registrada na Junta Comercial;

b) No caso de sociedade mercantil: Contrato Social e última alteração devidamente registrada na Junta Comercial;





- c) No caso de sociedade por ações: Ato constitutivo, Estatuto em vigor e Ata de assembleia de eleição da atual diretoria devidamente registrada no órgão competente;
- d) No caso de sociedade civil: Ato constitutivo, Estatuto em vigor e prova de eleição da diretoria em exercício;
- e) Documentos pessoais do Profissional Responsável pelo Serviço Prestado – Cédula de Identidade, CPF, comprovante de inscrição no Conselho de classe da categoria profissional ou Carteira de Identidade Profissional;
- f) Documentos pessoais do Responsável pela empresa, com poderes para representação e assinatura do contrato, seja por previsão no instrumento constitutivo ou por procuração – Cédula de Identidade e CPF.
- g) Requerimento de Credenciamento (Anexo II);

4.2. DA HABILITAÇÃO FISCAL:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Prova de Regularidade com a Fazenda Federal;
- c) Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- d) Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal;
- e) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- f) Prova da inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de Certidão Negativa – CNDT;
- g) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal (Alvará de Funcionamento);
- h) Alvará de Localização e Funcionamento, atualizado, expedido pela Prefeitura Municipal;
- i) Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

4.3. DA DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA:

- a) Relação do Corpo Clínico e/ou Técnico, constando o número e registro dos profissionais no respectivo Conselho de Classe Regional;

4.4. DA DOCUMENTAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA:

- a) Certidão Negativa de Falência e Concordata com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias da data de apresentação dos documentos;
- b) Comprovante de conta corrente para depósito em nome da pessoa física/jurídica credenciada;

4.5. DECLARAÇÕES:

- a) Declaração de que não há fato impeditivo da habilitação, na forma do § 2º do artigo 32 da Lei nº 8.666/93 (Anexo IV);
- b) Declaração que aceita todas as condições do presente instrumento e seus anexos, independentemente de sua transcrição (Anexo V);
- c) Declaração de que responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e da





proposta que apresentar (Anexo VI);

- d) Declaração dos proprietários, administradores e dirigentes da entidade de que não ocupam cargo na Administração Pública Municipal, nos termos do inciso III do artigo 9º da Lei nº 8.666/93 (Anexo VII);
- e) Na hipótese de não constar prazo de validade das certidões apresentadas, a Comissão aceitará como válidas as expedidas até 60 (sessenta) dias imediatamente anteriores à data de entrega dos envelopes;
- f) Os documentos exigidos neste edital deverão ser apresentados em cópia simples acompanhada do original para autenticação por servidor público ou em cópia autenticada por Tabelião;
- g) Quando o requerimento de credenciamento for realizado por procurador, deverá ser apresentada procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem amplos poderes para praticar atos ou procuração específica para o credenciamento;
- h) Declaração de que possui as instalações, corpo técnico e o aparelhamento adequados e disponíveis para a prestação dos serviços objeto deste edital (Anexo VIII);

4.6 DA HABILITAÇÃO PESSOA FISICA

a) O requerimento de inscrição dos interessados, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, deve estar acompanhado dos seguintes documentos:

- 1 - CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- 2 - RG-CI – Carteira de Identidade/Registro Geral junto a órgão oficial de identificação;
- 3 - Comprovante de Registro na Entidade Profissional de Classe, através da apresentação da Carteira de Identidade Profissional, expedida pelo Conselho Regional da sua Categoria, ACOMPANHADO DA RESPECTIVA CERTIDÃO DE REGULARIDADE;
- 4 -Certificado de Conclusão de Curso: Diploma – devidamente registrado por entidade competente;
- 5 -Certificado de residência médica na especialidade emitida por serviço credenciado junto ao MEC; ou Título de especialista emitido pelo Conselho Federal de Medicina; ou - Declaração/Certificado de especialista emitido pela Sociedade competente;
- 6 -Comprovante de endereço atualizado;
- 7 -Certidão Negativa junto a Receita Federal e Procuradoria Geral da União;
- 8 -Certidão Negativa junto a Receita Estadual;
- 9 -Certidão Negativa do Município de Origem;
- 10 -Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- 11 -Certidão de Quitação Eleitoral.

b) Da qualificação técnica;

- 1-Diploma do curso compatível com a atividade;
- 2-Registro junto ao Conselho de Fiscalização do exercício profissional da categoria no estado de Goiás.
- 3-Certidão de Regularidade do Conselho de Fiscalização do exercício profissional da categoria no Estado de Goiás.
- 4-Os documentos expedidos pela Internet poderão ser apresentados em forma original ou cópia reprográfica sem autenticação. Entretanto, estão sujeitos á verificação de sua autenticidade através de consulta.





5. OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:

- 5.1 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços de que trata o presente edital;
- 5.2 O credenciado contratado para realizar exames laboratoriais em regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimentos das necessidades dos pacientes internos no Hospital Municipal e na UPA, será inteiramente responsável pela coleta e transporte das referidas unidades até as suas sedes, todos os materiais necessários à realização dos exames, bem como apresentaçãodos resultados dos exames ora elaborados.
- 5.3 Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância de todas as normas técnicas e normativas legais aplicáveis;
- 5.4 Fornecer e utilizar toda a competente e indispensável mão-de-obra especializada, atendida todas as exigências legais pertinentes, tais como trabalhistas, sociais, tributárias, previdenciárias, normas técnicas;
- 5.5 Responsabilizar-se única e exclusivamente, pelo pagamento de todos os encargos edemais despesas decorrentes da prestação dos serviços, tais como emolumentos prescritos e que digam respeito ao serviço, impostos, taxas, contribuições fiscais, previdenciárias, trabalhistas;
- 5.6 Notificar a Administração Pública, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, caso tenha interesse em se descredenciar, sob pena de incidência de sanções administrativas previstas neste instrumento, independente das sanções civis na forma da Lei;
- 5.7 Fornecer, quando solicitado, elementos necessários à avaliação dos serviços, bem como dados estatísticos e demonstrativos de custos;
- 5.8 O credenciado será remunerado exclusivamente através dos valores estabelecidos no Anexo I, sendo vedada a cobrança de quaisquer sobretaxas; a retenção e/ou exigência de apresentação qualquer documento adicional; cobrança de depósito e/ou caução de qualquer natureza;
- 5.9 Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente edital;

6. DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO





- 6.1 Serão credenciados os interessados que preencham os requisitos previstos neste edital, sendo divulgado o resultado dos primeiros credenciados pela Comissão a partir do dia 30/06/2023;
- 6.2 Após análise da documentação, a Comissão de Credenciamento emitirá Relatório Conclusivo sobre o credenciamento, o qual será submetido de imediato ao Gestor do FMS para homologação e ratificação de inexigibilidade;
- 6.3 As inscrições realizadas a partir do dia **26/06/2023** serão analisadas em até 3 (três) dias e terão resultado divulgado individualmente, por meio de homologação via site eletrônico;
- 6.4 Das decisões da Comissão de Credenciamento caberá recurso, no prazo de 1 (um) dia útil, a contar da data da decisão;
- 6.5 Serão habilitadas e credenciadas as pessoas físicas e jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e que preencham os requisitos previstos no presente edital, os quais serão contratados por meio de instrumento de contrato de prestação de serviços, onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, na conformidade das necessidades e disponibilidades financeiras do contratante, tendo em vista que não há competição entre os interessados no credenciamento.

7. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

- 7.1. Os serviços a serem prestados no município de Goianésia-GO., especificamente junto a Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos da administração municipal que integram o Sistema Único de Saúde Municipal.
- 7.2. A execução dos serviços será em conformidade com as exigências da Secretaria Municipal de Saúde.
- 7.3. Os atendimentos e serviços prestados serão demonstrados mensalmente, através de faturas de serviços expedidos pelos credenciados, a ser devidamente atestada pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 7.4. Fica expressamente vedado o cometimento a terceiros (subcontratação) da execução dos serviços prestados mediante credenciamento.

8. DA CONTRATAÇÃO:

- 8.1 Os interessados que forem habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de instrumento de contrato de prestação de serviços, cuja minuta encontra-se disponível no Anexo IX onde se estabelecerão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes;
- 8.2 São de inteira responsabilidade dos contratados as obrigações pelos encargos sociais, previdenciários, fiscais e trabalhistas resultantes da execução do contrato;
- 8.3 Conforme necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, após a publicação da lista de credenciados e homologação do credenciamento, os interessados serão convocados, a comparecer à Secretaria Municipal de Saúde, para celebrar termo contratual;
- 8.4 Os credenciados contratados serão responsáveis pelos danos causados a terceiros, decorrentes da execução do contrato;





9. DISCIPLINA GERAL DOS PROCESSOS DE PAGAMENTO

9.1. A remuneração dos serviços prestados pelos credenciados será mensal, mediante a apresentação da nota fiscal/fatura devidamente acompanhada das respectivas produções registradas nos sistemas específicos do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

9.2. A Administração Municipal, oportunamente pagará aos credenciados da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme valores constantes da tabela aprovada pelo conselho de saúde, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através das planilhas de produções de serviços, e demais autorizações auditadas.

9.3. É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.

9.4. O faturamento será realizado mensalmente, devendo as contas serem encerradas até o último dia de cada mês e repassada ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde / Secretaria Municipal de Saúde até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, sob pena de serem consideradas como do mês seguinte.

9.5. Os pagamentos acontecerão até o dia 20 (vinte) de cada mês após o repasse da verba ou recurso do Fundo Municipal de Saúde.

9.6. Nenhum pagamento será efetuado ao credenciado 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 (quando for o caso);

9.7. O pagamento será via Ordem Bancária, creditado na instituição bancária eleita pelo credenciado, que deverá indicar na Nota Fiscal o banco, nº da conta corrente e agência com a qual opera. Quando o pagamento for creditado a pessoa física, a mesma deverá apresentar no ato do credenciamento a agência bancária e conta para recebimento.

9.8. Sobre o valor do crédito pago e previsto, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de retenção, recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários.

9.9. Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal será motivo de correção por parte do credenciado e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

10. DO PRAZO DE VALIDADE DO CREDENCIAMENTO

10.1. O credenciamento do proponente será julgado para cada área ou especialidade dispostaneste edital e terá validade de 12 (doze) meses corridos, contados a partir da publicação do edital, podendo ser prorrogado mediante justificativa expressa de conveniência e oportunidade da Administração, desde que verificadas as condições nele explicitadas.

10.1.1. A análise das inscrições terá início no prazo máximo de 03 (três) dias úteis após seu recebimento, com a primeira preliminar de credenciamento com previsão para ser divulgada no dia **26/06/2023** e primeira convocação prevista para o dia **01/07/2023**.



- 10.1.2. O credenciamento não implica na obrigação de contratar por parte do Município.
10.1.3. O Edital ficará aberto para novos credenciamentos que atendam a este edital, podendo as inscrições serem realizadas no site: <https://goianesia.go.gov.br/saude>,

11. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

- 11.1. As despesas resultantes deste procedimento correrão a contas do orçamento geral do município e com recursos advindos de programas e convênios do Governo Federal e Estadual.

12. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

12.1. Os interessados que, depois de credenciado não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento da prestação dos serviços, ficaram sujeito às penalidades, previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei nº 8.666/93, abaixo:

- a) Advertência;
- b) Multa de 10%(dez por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;
- c) Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro de Profissionais de Saúde da Administração Municipal, o tornará impedido durante 02 (dois) anos de participar de novos chamamentos ou a sua contratação pelo poder público.

12.2. Os usuários poderão denunciar qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

13. DAS HIPÓTESES DE DESCRENCIAMENTO

13.1. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente a prestação dos serviços pelo(a) credenciado(a), podendo proceder o descredenciamento, em casos de negligência, imperícia, imprudência e descumprimento contratual, observado o devido processo legal.

13.2. Nos casos de descumprimento contratual, a administração poderá declarar o Credenciado impedido de licitar e contratar com o Município e descredenciamento no Registro Cadastral de Fornecedores Pessoas Físicas e Jurídicas da Prefeitura Municipal de Goianésia.

13.4. O Descredenciamento poderá ser efetuado de maneira amigável quando da notificação de qualquer das partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devidamente formalizada por protocolo junto a Secretaria Municipal de Saúde.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. A lista de credenciados habilitados será divulgada a partir do dia **26 de Junho de 2023**, ficando aberto o prazo de 1 (um) dia útil para interposição de recursos contra a inabilitação, que deverá ser analisado em até 1 (um) dia útil.

14.2. Os credenciados porventura não habilitados por erro ou falta de documentação, poderão mediante



correção das incongruências, apresentar nova inscrição para credenciamento, obedecendo nova ordem de cronologia da fila.

14.3. As convocações terão início a partir do dia **01 de Julho de 2023**.

14.4. As inscrições posteriores à data do dia **26/06/2023**, serão computadas diariamente junto à lista de credenciados, caso as mesmas sejam aprovadas.

14.5. Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital sem que caibam reclamações ou indenizações.

14.6. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia, localizada na 33 n° 420, Centro, em dias de expediente normal e horário comercial.

14.7. Fazem parte, integram e compõem o presente edital, os anexos a seguir descritos e discriminados:

14.8. Anexo I: Tabela de Exames, Especialidades, Procedimentos e Valores;

14.9. Anexo II : Modelo de Requerimento de Credenciamento;

14.10. Anexo III: Modelo de Declaração de Regularidade;

14.11. Anexo IV: Modelo de Declaração de Inexistência de Fato Impeditivo ;

14.12. Anexo V: Modelo de Declaração de Aceitação das Condições do Credenciamento;

14.13. Anexo VI: Modelo de Declaração de Veracidade das Informações Constante da Documentação;

14.14. Anexo VII: Modelo de Declaração de que não ocupa cargo na Administração Pública Municipal;

14.15. Anexo VIII: Modelo de Declaração de que Possui Instalações, Corpo Técnico e aparelhamentos Adequados e Disponíveis para a Prestação dos Serviços;

14.16. Anexo IX: Minuta Contratual

Goianésia - GO, 12 de Junho de 2023.

LUCIANA OTONI DE FARIA

Gestora do Fundo Municipal de Saúde

DANIELLY PORTES CORDEIRO

Presidente da Comissão de Credenciamento





ANEXO I

TABELA DE EXAMES, ESPECIALIDADES, PROCEDIMENTO E VALORES

ITEM	ESPECIFICAÇÃO / DETALHAMENTO	VALOR UNITÁRIO
1	17 Alfa - Hidroxiprogesterona	R\$ 25,00
2	Ácido Cítrico - Urina 24 Horas	R\$ 18,32
3	Ácido Delta Amino Levulínico	R\$ 11,06
4	Acido Fólico	R\$ 20,00
5	Ácido Láctico (Lactato)	R\$ 9,22
6	Ácido Láctico (Lactato) - Líquor	R\$ 8,11
7	Ácido Mandélico	R\$ 13,34
8	Ácido Oxálico (Oxalato)	R\$ 29,88
9	Ácido Trans-Mucônico	R\$ 30,00
10	Acido Úrico Líquido No Sinovial E Derrames	R\$ 1,89
11	Acido Úrico Urinario	R\$ 15,60
12	Ácido Úrico Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 2,99
13	Ácidos Graxos Livres	R\$ 40,00
14	Acth - Hormônio Adrenocorticotrófico	R\$ 20,00
15	Adenograma	R\$ 5,79
16	Adenosina DEAMINASE - ADA	R\$ 35,00
17	Albumina, Dosagem	R\$ 5,07
18	Aldolase	R\$ 8,11
19	Aldosterona	R\$ 21,65
20	Alfa Amilase	R\$ 10,50
21	Alfa Fetoproteína - Afp	R\$ 18,51
22	Alumínio	R\$ 25,22
23	Amilase Urinária (Urina 24 Horas)	R\$ 10,50
24	Amonia (Urina 24 Horas)	R\$ 16,80
25	Amp- Cíclico	R\$ 25,00
26	Análise De Caracteres Físicos, Elementos E Sedimento Da	R\$ 5,00
27	Androstenediona	R\$ 21,10
28	Anti Ccp	R\$ 50,00
29	Anti SS-A (RO)	R\$ 20,15
30	Antibiograma	R\$ 20,06
31	Anticoagulante Lúptico	R\$ 35,00
32	Antitrombina III	R\$ 20,00
33	Apolipoproteína A-1	R\$ 12,53
34	Apolipoproteína B	R\$ 12,53
35	Arsênico	R\$ 47,66
36	Baar - Baciloscopia	R\$ 10,00



37	Baar - Cultura	R\$ 48,56
38	Baciloscopia Direta P/ Baar (Hanseníase)	R\$ 4,20
39	Baciloscopia Direta P/ Baar Tuberculos (Controle)	R\$ 4,20
40	Baciloscopia Direta P/ Baar Tuberculose (Diagnostica)	R\$ 4,20
41	Beta 2 Microglobulina	R\$ 28,90
42	Beta 2 Microglobulina (Urina)	R\$ 19,10
43	Beta Hcg - Qualitativo	R\$ 15,00
44	Beta Hcg - Quantitativo	R\$ 18,55
45	Biopsia	R\$ 100,00
46	Ca 125	R\$ 35,90
47	Ca 125 - Líquidos Biológicos	R\$ 35,00
48	Ca 15-3	R\$ 25,08
49	Ca 19-9	R\$ 40,50
50	Ca 72-4	R\$ 40,50
51	Cálcio	R\$ 8,00
52	Cálcio Iônico	R\$ 6,89
53	Cálcio Urinário – 24hrs	R\$ 10,00
54	Calcitonina	R\$ 25,00
55	Cálcio urinário - análise	R\$ 5,20
56	Cândida Pesquisa	R\$ 12,00
57	Capacidade de ligação do ferro	R\$ 6,59
58	Capacidade latente de ligação do ferro	R\$ 6,49
59	Carbamazepina	R\$ 20,00
60	Carboxihemoglobina	R\$ 10,29
61	Cardiolipina Iga, autoanticorpos	R\$ 27,11
62	Cardiolipina Igg, autoanticorpos	R\$ 27,11
63	Cardiolipina Igm, autoanticorpos	R\$ 27,11
64	Caxumba IGG	R\$ 22,78
65	Caxumba IGM	R\$ 27,05
66	Centrômero, Anticorposanti	R\$ 16,77
67	Ceruloplasmina	R\$ 14,43
68	CH 50, Complemento Total	R\$ 20,00
69	Chagas, anticorpos IGG	R\$ 9,45
70	Chagas, anticorpos IGM	R\$ 14,00
71	Chumbo Sanguíneo	R\$ 14,12
72	Chumbo Urinário	R\$ 14,12
73	Ciclosporina	R\$ 39,78
74	Cistinúria Pesquisa	R\$ 24,49
75	Citologia Oncótica De Líquidos	R\$ 28,30
76	Citologia Oncótica Para Mamas	R\$ 56,00
77	Citologia Oncótica Para Tireóide	R\$ 30,00
78	Citomegalovírus Anticorpos Igg	R\$ 15,00
79	Citomegalovírus Anticorpos Igg - Líquor	R\$ 32,00
80	Citomegalovírus Anticorpos Igm	R\$ 15,00





81	Citomegalovírus Anticorpos Igm -Líquor	R\$ 32,00
82	Clearance Osmolar	R\$ 3,51
83	Clearance De Creatinina (Urina De 24 Horas)	R\$ 10,00
84	Clearance De Uréia	R\$ 10,00
85	Cloro	R\$ 9,00
86	Cloro Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 6,84
87	Coagulograma	R\$ 28,65
88	Cobre	R\$ 15,22
89	Cobre Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 15,22
90	Colesterol HDL	R\$ 3,51
91	Colesterol LDL	R\$ 3,51
92	Colesterol Não Hdl	R\$ 3,51
93	Colesterol Total	R\$ 1,85
94	Colesterol VLDL	R\$ 3,51
95	Complemento C3	R\$ 15,55
96	Complemento C4	R\$ 15,55
97	Contagem De Addis	R\$ 2,04
98	Contagem De Linfocitos B	R\$ 15,00
99	Contagem De Linfocitos Cd4/Cd8	R\$ 15,00
100	Contagem De Linfocitos Totais	R\$ 15,00
101	Contagem De Plaquetas	R\$ 2,73
102	Contagem De Reticulocitos	R\$ 6,93
103	Contagem Global De Celulas No Liquor	R\$ 1,89
104	Coombs Direto	R\$ 20,00
105	Coombs Indireto	R\$ 15,00
106	Coombs Indireto - Quantitativo	R\$ 11,70
107	Coprocultura	R\$ 25,00
108	Coproporfirina - Urina	R\$ 9,33
109	Cortisol Salivar	R\$ 20,00
110	Cortisol Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 18,00
111	Creatinina Urinária	R\$ 6,84
112	Creatinoquinase, CK-MB	R\$ 18,55
113	Crioaglutininas	R\$ 5,75
114	Crioglobulinas - Pesquisa	R\$ 4,58
115	Cromo Sérico	R\$ 20,00
116	Cromo Urinário	R\$ 18,10
117	Cryptosporidium, Pesquisa	R\$ 18,85
118	Cultura	R\$ 18,55
119	Cultura - Streptococcus Grupo B	R\$ 41,68
120	Cultura Para Baar	R\$ 5,63
121	Cultura Para Identificacao De Fungos	R\$ 4,19
122	Curva De Tolerância A Glicose	R\$ 16,55
123	Curva De Tolerância A Glicose (75gramas 0,120 Min)	R\$ 16,55
124	D - Dímero	R\$ 60,00





125	Deidrogenase Lactica (Dhl)	R\$ 20,00
126	Dengue - NS1	R\$ 50,00
127	Dengue Igg, Anticorpos Anti	R\$ 50,00
128	Dengue Igm, Anticorpos Anti	R\$ 50,00
129	Determinação De T3 Reverso	R\$ 14,69
130	Determinação De Tempo De Coagulacao	R\$ 2,73
131	Determinação De Tempo De Sangramento - Duke	R\$ 2,73
132	Determinação De Tempo De Sangramento De Ivy	R\$ 9,00
133	Determinação De Tempo De Tromboplastina Parcial Ativada	R\$ 7,50
134	Determinação De Tempo E Atividade Da Protrombina (Tap)	R\$ 7,50
135	Determinação De Velocidade De Hemossedimentação (Vhs)	R\$ 12,00
136	Dhea - Dehidroepiandrosterona	R\$ 22,00
137	Digoxina	R\$ 21,45
138	Dihidrotestosterona - DHT	R\$ 39,00
139	Dismorfismo Eritrocitário	R\$ 6,81
140	Dna Nativo, Auto-Anticorpos Anti	R\$ 16,24
141	Dosagem Da Fração C1q Do Complemento	R\$ 17,16
142	Dosagem De Acetona	R\$ 1,85
143	Dosagem De Acido Ascorbico	R\$ 2,01
144	Dosagem De Acido Delta-Aminolevulinico	R\$ 2,06
145	Dosagem De Acido Hipurico	R\$ 2,23
146	Dosagem De Acido Metil-Hipurico	R\$ 2,04
147	Dosagem De Acido Urico	R\$ 4,00
148	Dosagem De Acido Valproico	R\$ 15,65
149	Dosagem De Alcool Etilico	R\$ 2,01
150	Dosagem De Aldolase	R\$ 3,68
151	Dosagem De Aldosterona	R\$ 11,89
152	Dosagem De Alfa-1-Antitripsina	R\$ 3,68
153	Dosagem De Alfa-1-Glicoproteina Acida	R\$ 3,68
154	Dosagem De Alfa-2-Macroglobulina	R\$ 3,68
155	Dosagem De Alfa-Fetoproteina	R\$ 15,06
156	Dosagem De Alumínio	R\$ 27,50
157	Dosagem De Amilase	R\$ 2,25
158	Dosagem De Amonia	R\$ 3,51
159	Dosagem De Amp Ciclico	R\$ 12,01
160	Dosagem De Anfetaminas	R\$ 10,00
161	Dosagem De Anticorpos Antitransglutaminaise	R\$ 18,55
162	Dosagem De Benzodiazepinicos	R\$ 13,48
163	Dosagem De Beta-2-Microglobulina	R\$ 13,55
164	Dosagem De Bilirrubina Total E Fracoos	R\$ 14,00
165	Dosagem De Cadmio	R\$ 6,55
166	Dosagem De Calcitonina	R\$ 14,38
167	Dosagem De Ceruloplasmina	R\$ 3,68
168	Dosagem De Ciclosporina	R\$ 40,00





169	Dosagem De Citrato	R\$ 2,01
170	Dosagem De Cobre	R\$ 3,51
171	Dosagem De Colinesterase	R\$ 3,68
172	Dosagem De Cortisol	R\$ 9,86
173	Dosagem De Creatinina	R\$ 6,00
174	Dosagem De Creatinofosfoquinase (Cpk)	R\$ 18,55
175	Dosagem De Desidrogenase Alfa-Hidroxibutirica	R\$ 3,51
176	Dosagem De Estercobilinogenio Fecal	R\$ 1,65
177	Dosagem De Estradiol	R\$ 10,15
178	Dosagem De Estriol	R\$ 11,55
179	Dosagem De Fator V	R\$ 4,73
180	Dosagem De Fator Vii	R\$ 10,00
181	Dosagem De Fator Viii	R\$ 6,63
182	Dosagem De Fator Von Willebrand (Antigeno)	R\$ 18,91
183	Dosagem De Fator X	R\$ 6,66
184	Dosagem De Fator Xi	R\$ 9,11
185	Dosagem De Fator Xii	R\$ 10,51
186	Dosagem De Fator Xiii	R\$ 6,66
187	Dosagem De Fenitoina	R\$ 26,80
188	Dosagem De Fenol	R\$ 2,05
189	Dosagem De Ferro Serico	R\$ 3,51
190	Dosagem De Fibrinogenio	R\$ 15,00
191	Dosagem De Fósforo	R\$ 1,85
192	Dosagem De Fosfatase Acida Total	R\$ 2,01
193	Dosagem De Gama-Glutamil-Transferase (Gama Gt)	R\$ 11,00
194	Dosagem De Gastrina	R\$ 14,15
195	Dosagem De Glicose	R\$ 4,00
196	Dosagem De Glicose No Liquido Sinovial E Derrames	R\$ 1,89
197	Dosagem De Globulina Transportadora De Tiroxina	R\$ 15,35
198	Dosagem De Hemoglobina	R\$ 1,53
199	Dosagem De Hemoglobina Fetal	R\$ 2,73
200	Dosagem De Hemossiderina	R\$ 2,73
201	Dosagem De Hormonio Tiroestimulante (Tsh)	R\$ 8,96
202	Dosagem de Hormonio Luteinizante (LH)	R\$ 18,55
203	Dosagem De Leucino-Aminopeptidase	R\$ 3,51
204	Dosagem De Lipase	R\$ 5,85
205	Dosagem De Mercurio	R\$ 2,04
206	Dosagem De Metabolitos Da Cocaina	R\$ 10,00
207	Dosagem De Meta-Hemoglobina	R\$ 4,11
208	Dosagem De Microalbumina Na Urina	R\$ 8,12
209	Dosagem De Muco-Proteinas	R\$ 2,11
210	Dosagem De Paratormonio	R\$ 36,80
211	Dosagem De Plasminogenio	R\$ 4,11
212	Dosagem De Proteinas (Urina De 24 Horas)	R\$ 2,04





213	Dosagem De Proteínas No Líquido Sinovial E Derrames	R\$ 1,89
214	Dosagem De Proteínas Totais	R\$ 1,40
215	Dosagem De Proteínas Totais E Fracos	R\$ 1,85
216	Dosagem De Renina	R\$ 13,19
217	Dosagem De Sulfato De Hidroepiandrosterona (Dheas)	R\$ 13,11
218	Dosagem De Testosterona	R\$ 10,43
219	Dosagem De Tiocianato	R\$ 3,68
220	Dosagem De Transaminase Glutâmico- Oxalacética (Tgo)	R\$ 6,00
221	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica (Tgp)	R\$ 6,00
222	Dosagem De Triglicérides	R\$ 3,51
223	Dosagem De Triptofano	R\$ 3,51
224	Dosagem De Troponina	R\$ 40,00
225	Dosagem De Ureia	R\$ 6,00
226	Dosagem De Zinco	R\$ 15,65
227	Dosagem Do antígeno Ca 125	R\$ 13,35
228	Eletroforese De Hemoglobinas	R\$ 15,60
229	Eletroforese De Lipoproteínas	R\$ 3,68
230	Eletroforese De Proteínas	R\$ 14,91
231	Eletroforese De Proteínas (U24)	R\$ 24,99
232	Endomísio Iga, Anticorpos Anti	R\$ 30,00
233	Endomísio Igg, Anticorpos Anti	R\$ 30,00
234	Endomísio Igm, Anticorpos Anti	R\$ 30,00
235	Enterobius Vermiculares (Oxiúrus), Pesquisa	R\$ 6,92
236	Epstein Barr Igg, Anticorpos Anti (Vca)	R\$ 29,00
237	Epstein Barr Igm, Anticorpos Anti (Vca)	R\$ 30,00
238	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, (Hematócrito)	R\$ 2,73
239	Estrona - E1	R\$ 15,00
240	Exame A Fresco E Bacterioscopia	R\$ 8,09
241	Exame Coprológico Funcional	R\$ 3,04
242	Exame De Caracteres Físicos Contagem Global E Específica	R\$ 1,89
243	Exame Microbiológico A Fresco (Direto)	R\$ 2,80
244	Falcição - Pesquisa De Hemoglobinas	R\$ 9,96
245	Fan - Fator Antinuclear	R\$ 15,00
246	Ferritina	R\$ 18,50
247	FHS	R\$ 13,50
248	Fosfatase Alcalina	R\$ 5,00
249	Fósforo Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 5,10
250	Frutosemina	R\$ 8,61
251	Fta-Abs Igg, Anticorpos Anti	R\$ 18,55
252	Fta-Abs Igm, Anticorpos Anti	R\$ 18,55
253	Fungos - Pesquisa	R\$ 10,40
254	G6pd - Glicose-6-Fosfato Desidrogenase	R\$ 16,76
255	Gasometria (Ph Pco2 Po2 Bicarbonato As2 (Exceto Base)	R\$ 90,00
256	Gastrina	R\$ 24,00





257	Giardia, Pesquisa	R\$ 8,00
258	Gliadina Iga, Anticorpos Anti	R\$ 27,43
259	Gliadina Igg, Anticorpos Anti	R\$ 25,00
260	Gliadina Igm, Anticorpos Anti	R\$ 35,54
261	Gordura Fecal, Pesquisa	R\$ 9,10
262	Gram - Bacterioscopia (Diversos)	R\$ 10,00
263	Gram - Bacterioscopia (Fezes)	R\$ 10,00
264	Gram - Bacterioscopia (Secreção Uretral)	R\$ 10,00
265	Gram - Bacterioscopia (Secreção Vaginal)	R\$ 10,00
266	Gram - Bacterioscopia (Urina)	R\$ 10,00
267	Haptoglobina	R\$ 14,53
268	Helicobacter Pylori Igg, Anticorpos Anti	R\$ 38,81
269	Helicobacter Pylori Igm, Anticorpos Anti	R\$ 38,81
270	Hemácias, Pesquisa Na Urina	R\$ 6,81
271	Hematocrito	R\$ 1,53
272	Hemocultura	R\$ 11,49
273	Hemocultura (Aeróbios)	R\$ 45,00
274	Hemocultura (Anaeróbios)	R\$ 50,00
275	Hemoglobina	R\$ 4,00
276	Hemoglobina A2	R\$ 27,07
277	Hemoglobina Fetal	R\$ 20,24
278	Hemoglobina Glicada (Hba1c)	R\$ 18,00
279	Hemoglobina H, Pesquisa	R\$ 6,64
280	Hemograma Completo	R\$ 7,50
281	Hepatite A - Anti Hav Igg	R\$ 18,55
282	Hepatite A - Anti Hav Igm	R\$ 18,55
283	Hepatite A - Anti Hav Total	R\$ 25,00
284	Hepatite B - Anti Hbc Igg	R\$ 17,89
285	Hepatite B - Anti Hbc Igm	R\$ 18,55
286	Hepatite B - Anti Hbc Total	R\$ 18,55
287	Hepatite B - Anti Hbe	R\$ 20,22
288	Hepatite B - Anti Hbs	R\$ 18,55
289	Hepatite B - Hbeag	R\$ 18,55
290	Hepatite B - Hbsag (Antígeno Austrália)	R\$ 15,00
291	Hepatite C - Anti Hcv	R\$ 30,00
292	Hepatite E - Anti Hev Igg	R\$ 130,00
293	Hepatite E - Anti Hev Igm	R\$ 90,00
294	Herpes Simples Tipos 1 E 2 - Anticorpos Igg	R\$ 21,60
295	Herpes Simples Tipos 1 E 2 - Anticorpos Igm	R\$ 21,60
296	Herpes Zoster Igg, Anticorpos Anti	R\$ 26,85
297	Herpes Zoster Igm, Anticorpos Anti	R\$ 26,85
298	Hgh - Hormônio Do Crescimento	R\$ 19,86
299	Hla B27	R\$ 38,00
300	Homocisteína	R\$ 42,50





301	Htlv I/Ii, Anticorpos Anti	R\$ 21,00
302	Iga, Imunoglobulina A	R\$ 18,55
303	Ige Específico (C286) - Anticorpos, Ibuprofeno	R\$ 40,90
304	Ige Específico (F2) - Alimentos - Leite	R\$ 21,45
305	Ige Específico (F245) - Alimentos - Ovo	R\$ 24,55
306	Ige Específico (F79) - Alimentos - Glúten	R\$ 14,30
307	Ige, Imunoglobulina E	R\$ 18,55
308	Igfbp-3 - Proteína Ligadora Igf-I Tipo 3	R\$ 50,00
309	Imunoeleetroforese De Proteinas	R\$ 17,16
310	Imunofenotipagem Para Linfócitos T Cd3 E B Cd19	R\$ 43,00
311	Imunoglobulina Iga	R\$ 13,62
312	Imunoglobulina Igg	R\$ 13,62
313	Imunoglobulina Igm	R\$ 13,62
314	Inibidor De C1 - Esterase	R\$ 28,00
315	Insulina	R\$ 18,00
316	Insulina - Curva	R\$ 20,41
317	Insulina Livre	R\$ 80,00
318	Iodo	R\$ 35,00
319	Isoaglutininas	R\$ 8,81
320	Isospora, Pesquisa	R\$ 11,88
321	Itl - Índice De Tiroxina Livre	R\$ 20,55
322	Jo1, Anticorpos Anti	R\$ 35,00
323	Lamotrigina	R\$ 90,00
324	Ldh - Lactato Desidrogenase	R\$ 6,97
325	Leishmaniose IGG	R\$ 18,55
326	Leishmaniose IGM	R\$ 18,55
327	Leptospirose, Anticorpos Igg (Ifi)	R\$ 50,00
328	Leptospirose, Anticorpos Igm (Ifi)	R\$ 60,00
329	Leucograma	R\$ 2,73
330	Lh - Hormônio Luteinizante	R\$ 10,55
331	Linfócitos T Citotóxico - Cd8+	R\$ 38,00
332	Lípides Totais (Lipídios)	R\$ 6,00
333	Lipidograma	R\$ 15,00
334	Lipoproteína - LP(A)	R\$ 26,69
335	Líquido Ascítico, Rotina	R\$ 28,42
336	Líquido Pleural, Rotina	R\$ 28,42
337	Líquido Sinovial, Rotina	R\$ 28,42
338	Líquor, Rotina	R\$ 24,55
339	Listeriose, Sorologia	R\$ 18,55
340	Lítio Sérico	R\$ 8,00
341	Maconha - Canabinóides (The)	R\$ 30,00
342	Macroprolactina	R\$ 20,55
343	Magnésio	R\$ 8,00
344	Magnésio Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 8,00





345	Malária, Anticorpos Igg	R\$ 40,00
346	Malária, Anticorpos Igm	R\$ 40,00
347	Manganês Sanguíneo	R\$ 20,00
348	Manganês Sérico	R\$ 20,00
349	Manganês Urinário	R\$ 20,00
350	Mercúrio Sanguíneo	R\$ 16,55
351	Mercúrio Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 16,55
352	Metahemoglobina - MHB	R\$ 17,29
353	Metanefrinas Totais E Frações	R\$ 80,00
354	Microalbuminúria (Urina 12 Horas)	R\$ 16,06
355	Microalbuminúria (Urina 24 Horas)	R\$ 16,06
356	Microalbuminúria Amostra Isolada	R\$ 16,06
357	Microsomal, Anticorpos Anti (Tpo)	R\$ 16,55
358	Mif - Parasitológico	R\$ 5,00
359	Mióglobina	R\$ 50,00
360	Mióglobina Urinária	R\$ 10,22
361	Mitocôndria, Anti	R\$ 18,55
362	Mononucleose, Anticorpos Heterófilos	R\$ 7,44
363	Mucoproteínas	R\$ 7,66
364	Mycoplasma Pneumoniae Igg, Anticorpos Anti	R\$ 40,00
365	Mycoplasma Pneumoniae Igm, Anticorpos Anti	R\$ 40,00
366	Neisseria, Pesquisa	R\$ 10,00
367	Neutrófilos, Anti - (C-Anca)	R\$ 50,00
368	Neutrófilos, Anti - (P-Anca)	R\$ 50,00
369	Níquel	R\$ 24,55
370	Opiáceos	R\$ 50,00
371	Oxcarbapina	R\$ 15,55
372	Oxiúros, Pesquisa	R\$ 6,92
373	Papanicolaou (Citopatológico)	R\$ 25,00
374	Parasitológico De Fezes	R\$ 4,00
375	Parvovírus B 19 - Anticorpos Igg	R\$ 79,00
376	Parvovírus B 19 - Anticorpos Igg E Igm	R\$ 79,00
377	Parvovírus B 19 - Anticorpos Igm	R\$ 79,00
378	Peptídeo C	R\$ 25,08
379	Peptídeo, Anti C. Citrulinado	R\$ 70,00
380	Pesquisa (Cea)	R\$ 15,00
381	Pesquisa De Anticorpo Igg Anticardiolipina	R\$ 10,00
382	Pesquisa De Anticorpo Igm Anticardiolipina	R\$ 10,00
383	Pesquisa De Anticorpos Antiadenovirus	R\$ 9,25
384	Pesquisa De Anticorpos Antiaspergillus	R\$ 9,25
385	Pesquisa De Anticorpos Antibrucelas	R\$ 3,70
386	Pesquisa De Anticorpos Anticisticerco	R\$ 5,83
387	Pesquisa De Anticorpos Anticlamidia (Por	R\$ 10,00
388	Pesquisa De Anticorpos Anticortex Suprarenal	R\$ 17,16





389	Pesquisa De Anticorpos Antiequinococos	R\$ 9,25
390	Pesquisa De Anticorpos Antiespermatozoides	R\$ 9,70
391	Pesquisa De Anticorpos Antiespermatozoides (Elisa)	R\$ 9,70
392	Pesquisa De Anticorpos Antiestreptolisina O (Aslo)	R\$ 2,83
393	Pesquisa De Anticorpos Antifigado	R\$ 10,00
394	Pesquisa De Anticorpos Antiglomerulo	R\$ 10,00
395	Pesquisa De Anticorpos Anti-Helicobacter Pylori	R\$ 17,16
396	Pequisa de Anticorpos Anti-HIV-1 I2	R\$ 39,00
397	Pesquisa De Anticorpos Antiilhota De Langerhans	R\$ 10,00
398	Pesquisa De Anticorpos Antiinsulina	R\$ 17,16
399	Pesquisa De Anticorpos Antileptospiras	R\$ 4,10
400	Pesquisa De Anticorpos Antilisteria	R\$ 5,50
401	Pesquisa De Anticorpos Antimicrosomas	R\$ 17,16
402	Pesquisa De Anticorpos Antimitocondria	R\$ 17,16
403	Pesquisa De Anticorpos Antimusculo Estriado	R\$ 17,16
404	Pesquisa De Anticorpos Antimusculo Liso	R\$ 17,16
405	Pesquisa De Anticorpos Antinucleo	R\$ 17,16
406	Pesquisa De Anticorpos Antiparietais	R\$ 17,16
407	Pesquisa De Anticorpos Antiplasmodios	R\$ 10,00
408	Pesquisa De Anticorpos Anti-Ribonucleoproteina (Rnp)	R\$ 17,16
409	Pesquisa De Anticorpos Anti-Schistosomas	R\$ 5,74
410	Pesquisa De Anticorpos Anti-Sm	R\$ 17,16
411	Pesquisa De Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 17,16
412	Pesquisa De Anticorpos Contra Histoplasma	R\$ 7,78
413	Pesquisa De Anticorpos Contra O Sporotrix Schenkii	R\$ 9,71
414	Pesquisa De Cadeias Leves Kappa E Lambda	R\$ 2,40
415	Pesquisa De Caracteres Fisicos No Liquor	R\$ 1,89
416	Pesquisa De Celulas Le	R\$ 4,11
417	Pesquisa De Espermatozoides (Apos Vasectomia)	R\$ 4,80
418	Pesquisa De Fator Rematoide (Waler-Rose)	R\$ 4,10
419	Pesquisa De Gordura Fecal	R\$ 1,65
420	Pesquisa De Helicobacter Pylori	R\$ 4,33
421	Pesquisa De Hemoglobina S	R\$ 2,73
422	Pesquisa De Leishmaniose	R\$ 8,81
423	Pesquisa De Leucocitos Nas Fezes	R\$ 1,65
424	Pesquisa De Leveduras Nas Fezes	R\$ 1,65
425	Pesquisa De Ovos E Cistos De Parasitas	R\$ 1,65
426	Pesquisa De Trypanosoma Cruzi (Por Imunofluorescencia)	R\$ 10,00
427	Ph Fecal	R\$ 7,27
428	Plasmódio, Pesquisa	R\$ 6,18
429	Porfobilinogênio, Pesquisa	R\$ 8,14
430	Potássio	R\$ 18,55
431	Potássio Urinário	R\$ 8,00
432	Probnp (Peptídeo Natriurético Cerebral) - N Terminal	R\$ 90,00



433	Progesterona	R\$ 18,55
434	Prolactina	R\$ 16,55
435	Proteína C Funcional	R\$ 45,50
436	Proteína C Reativa Quantitativa	R\$ 15,00
437	Proteína C Reativa Ultra Sensível	R\$ 15,00
438	Proteína S Livre	R\$ 18,55
439	Proteína S Total	R\$ 6,00
440	Proteína Urinária (Urina 24 Horas)	R\$ 3,38
441	Proteínas De Bence Jones - Pesquisa	R\$ 8,00
442	Proteínas Totais E Frações	R\$ 5,85
443	Proteinúria Parcial (Amostra Isolada)	R\$ 10,00
444	Prova Coprológica Funcional	R\$ 24,55
445	Prova De Consumo De Protrombina	R\$ 4,11
446	Prova De Retração Do Coágulo	R\$ 2,73
447	Prova Do Laco	R\$ 2,73
448	Prova Do Latex P/ Haemophilus Influenzae, Streptococcus	R\$ 1,89
449	Psa Total - Antígeno Prostático Específico	R\$ 18,55
450	Psa Total/ Livre	R\$ 18,55
451	Pth - Paratormônio	R\$ 18,55
452	Rapamicina	R\$ 300,00
453	Retração Do Coágulo	R\$ 5,00
454	Rnp, Anticorpos Anti	R\$ 18,00
455	Rotavírus, Pesquisa	R\$ 29,38
456	Rubéola Igg, Anticorpos	R\$ 16,55
457	Rubéola Igm, Anticorpos	R\$ 16,55
458	Sangue Oculto	R\$ 10,00
459	Sarampo, Anticorpos Igg	R\$ 18,55
460	Sarampo, Anticorpos Igm	R\$ 18,55
461	Scl 70, Anticorpos Anti	R\$ 23,27
462	Selênio	R\$ 24,55
463	Serotonina	R\$ 15,47
464	Shbg - Globulina Ligadora De Hormônios Sexuais	R\$ 14,30
465	Sm, Anticorpos Anti	R\$ 17,00
466	Sódio	R\$ 10,55
467	Sódio Urinário (Urina 24 Horas)	R\$ 8,50
468	Somatomedina C (IGF -1)	R\$ 24,55
469	Ss-A (Ro), Anticorpos Anti	R\$ 18,55
470	Ss-B (La), Anticorpos Anti	R\$ 18,55
471	Substâncias Redutoras, Pesquisa	R\$ 13,00
472	T3 Total	R\$ 10,00
473	T3 Triiodotironina Livre	R\$ 12,00
474	T4 Tiroxina (Total)	R\$ 8,76
475	T4 Tiroxina Livre	R\$ 10,00
476	Tacrolimus, Dosagem	R\$ 100,00





477	Teste De Agregacao De Plaquetas	R\$ 12,00
478	Teste De Tolerancia A Insulina / Hipoglicemiantes Oraís	R\$ 6,55
479	Teste Fta-Abs Igg P/ Diagnostico Da Sífilis	R\$ 10,00
480	Teste Fta-Abs Igm P/ Diagnostico Da Sífilis	R\$ 10,00
481	Teste Oral De Tolerância A Lactose	R\$ 21,76
482	Testosterona Livre	R\$ 18,55
483	Testosterona Total	R\$ 18,55
484	Tibc - Ferro Sérico	R\$ 6,59
485	Tipagem Sanguínea +Fator RH	R\$ 6,00
486	Tireoglobulina	R\$ 24,31
487	Tireoperoxidase, Anticorpos Anti Tpo	R\$ 9,09
488	Toxocara Igg, Anticorpos Anti	R\$ 45,00
489	Toxocara Igm, Anticorpos Anti	R\$ 45,00
490	Toxoplasmose Igg (Eclia)	R\$ 21,00
491	Toxoplasmose IgM (Eclia)	R\$ 18,55
492	Toxoplasmose, Avidéz	R\$ 49,92
493	Trab - Anticorpo Anti Receptor De Tsh	R\$ 18,55
494	Transferrina	R\$ 18,00
495	Trichomonas Vaginalis, Pesquisa	R\$ 6,15
496	Triclorocompostos Totais	R\$ 14,11
497	Tripanossoma – Pesquisa Chagas	R\$ 13,29
498	Tripanossoma - Pesquisa De Anticorpos Igg Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,45
499	Tripanossoma - Pesquisa De Anticorpos Igm Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 14,05
500	Tripsina Imunoreativa	R\$ 18,55
501	Tsh - Hormônio Tiroestimulante - Ultrasensível	R\$ 12,00
502	Uréia Urinária (Urina 24 Horas)	R\$ 5,00
503	VDRL - Lues	R\$ 18,55
504	Vitamina A	R\$ 35,00
505	Vitamina B1	R\$ 50,00
506	Vitamina B12	R\$ 18,55
507	Vitamina C (Ácido Ascórbico)	R\$ 30,00
508	Vitamina D 1,25 Dihidroxi	R\$ 30,00
509	Vitamina D25 Hidroxi	R\$ 22,00
510	Waalér Rose	R\$ 7,90
511	Zinco	R\$ 8,97





RADIOGRAFIA - com laudo

PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 100,00
MAMOGRAFIA - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (COM LAUDO)	R\$ 50,00
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DA REGIÃO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DA REGIÃO SACRO – COCCIGEA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP, LATERAL/LOCALIZADA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO- MALAR (AP+OBLIQUAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ART. TEMPORO- MANDIBULAR.	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ART. TÍBIO TARSICA.	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO- CLAVICULAR	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO- CLAVICULAR	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO- ILIACA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE CLÁVICULA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP, LATERAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO – LOMBAR	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP, LATERAL, OBLIQUAS+3AXIAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 30,00



RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (AP + OBLIQUAS)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (AP + PERFIL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL HIRTZ)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (AP+ LATERAL+BRETTON)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO – LODOTICA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA, LATERAL, OBLIQUA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+ INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+ LATERAL)	R\$ 30,00
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+ LATERAL)	R\$ 30,00



ULTRASSONOGRAFIA	
PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, URETERES, E BEXIGA. E NO SEXO MASC, PERMITE AVALIAÇÃO DO VOLUME DA PROSTATA)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA MÚSCULO TENDINOSO (ARTICULAÇÃO)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 180,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO POR VASO (VERTEBRAL UNILATERAL)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CARÓTIDAS UNILATERAL)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ARTERIAL M I UNILATERAL POR SEGMENTO) COM LAUDO	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (VENOSO M I UNILATERAL POR SEGMENTO) COM LAUDO	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 120,00



DIVERSOS	
PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 25,00
IMITANCIOMETRIA	R\$ 25,00
EXAME CLINICO (MEDICO DO TRABALHO)	R\$ 30,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 137,50
ECOCARDIOGRAMA	R\$ 150,00
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 25,00
HOLTER	R\$ 110,00
MAPA	R\$ 110,00
RISCO CIRURGICO	R\$ 80,00
TESTE ERGOMETRICO	R\$ 80,00
ESPIROMETRIA COMPLETA	R\$ 55,00
ESPIROMETRIA SIMPLES	R\$ 25,00
ELETROENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULO E MAPEAMENTO CELEBRAL	R\$ 70,00
ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA	R\$ 60,00
TESTE DA ORELHINHA	R\$ 60,00
PUNÇAO ORIENTADA POR USG	R\$ 170,00
CHECK UP PERIAPICAL	R\$ 100,00
INTERPROXIMAL	R\$ 15,00
RAIO X PANORAMICO	R\$ 50,00
RAIO X PERIAPICAL	R\$ 15,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 120,00



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				
PROCEDIMENTO	VALOR UNITARIO SEM CONTRASTE HORÁRIO NORMAL	VALOR UNITÁRIO COM CONTRASTE HORÁRIO NORMAL	VALOR UNITÁRIO SEM CONTRASTE PLANTÃO	VALOR UNITÁRIO COM CONTRASTE PLANTÃO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 173,29	R\$ 319,29	R\$ 280,00	R\$ 426,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 108,44	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 108,44	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 108,45	R\$ 254,45	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 126,38	R\$ 272,38	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 108,44	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 173,29	R\$ 319,29	R\$ 280,00	R\$ 426,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	R\$ 108,44	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 121,80	R\$ 267,80	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 170,51	R\$ 316,51	R\$ 280,00	R\$ 426,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 121,80	R\$ 267,80	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 108,44	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL	R\$ 108,45	R\$ 254,44	R\$ 200,00	R\$ 346,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMINOTORAX, PULMÃO OU MEDIASTINO	R\$ 170,51	R\$ 316,51	R\$ 280,00	R\$ 426,00
ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 341,02	R\$ 487,02	R\$ 341,02	R\$ 487,02



RESSONANCIA MAGNETICA		
PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO SEM CONTRASTE	VALOR UNITÁRIO COM CONTRASTE
ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 350,00	R\$ 430,00
ANGIORRESSONANCIA/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 426,81	R\$ 506,81
RESSONANCIA MAGNÉTICA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DA ART. TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 350,00	R\$ 430,00
RESSONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 350,00	R\$ 430,00

TERAPIA FOTÔNICA Tratamento de feridas e dor crônica				
PROCEDIMENTO	Valor unitário Por sessão			
	ESPECIFICAÇÃO	PEQUENA	MÉDIA	GRANDE
ÚLCERA VASCULOGÊNICA	R\$ 64,00	R\$ 80,00	R\$ 96,00	
PÉ DIABÉTICO	R\$ 64,00	R\$ 80,00	R\$ 96,00	
LESÃO POR PRESSÃO	R\$ 64,00	R\$ 80,00	R\$ 96,00	
DOR CRÔNICA		R\$ 65,00		

OBSERVAÇÃO: Todos os insumos, equipamentos e profissionais são por conta do credenciado.



CONSULTAS DE ESPECIALIDADES	
ESPECIALIDADE	Valor Unitário
Consulta Médica com Cardiologista	R\$ 100,00
Consulta Médica com Angiologista	R\$ 100,00
Consulta Médica com Neurologista	R\$ 100,00
Consulta Médica com Oftalmologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Ortopedista	R\$ 100,00
Consulta Médica com Otorrinolaringologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com endocrinologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Reumatologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Urologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Psiquiatra	R\$ 69,00
Consulta Médica com Nefrologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Mastologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Colo proctologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Gastroenterologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Ginecologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Médico do Trabalho	R\$ 69,00
Consulta Médica com Pediatra	R\$ 69,00
Consulta Médica com Pneumologista	R\$ 100,00
Consulta Médica com Dermatologista	R\$ 69,00
Consulta Médica com Neuropediatra	R\$ 110,00
Consulta com Neuropsicólogo	R\$ 110,00
Consulta com Fonoaudiólogo	R\$ 80,00
Consulta com Terapeuta Ocupacional	R\$ 80,00

CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS	
ESPECIFICAÇÃO / DETALHAMENTO	VALOR UNITÁRIO
Tratamento cirúrgico para catarata: Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-ocular Dobrável.	R\$ 1.290,00
Tratamento cirúrgico para pterígio.	R\$ 1.100,00
Tratamento cirúrgico para pterígio com recobrimento conjuntival	R\$ 900,00
Tratamento cirúrgico para glaucoma: Trabelectomia	R\$ 1.500,00
Tratamento cirúrgico para calázio	R\$ 600,00
Implante secundário de lente intra ocular	R\$ 160,00
Consulta com profissional especializado + exames de diagnóstico pré-operatórios específicos de auto refração, auto ceratometria, acuidade visual, ecobiometria + Pós-operatório: colírio e óculos; deve ser fornecido pela empresa credenciada.	R\$ 100,00
Consultas pós-operatórias com profissional médico oftalmologista da empresa credenciada.	R\$ 100,00





1.1. Os credenciados que atenderem aos requisitos para prestação dos serviços acima especificados, deverão dispor na prestação de serviços dos materiais médicos e instrumentos cirúrgicos necessários para realização dos procedimentos, incluindo as lentes intra-oculares e os insumos abaixo listados:

- 1.1.1. Lâmina 11;
- 1.1.2. Seringa de 10ml, para soro;
- 1.1.3. Seringa de 10ml para mistura com 2ml de adrenalina e 2ml de xilestesina 2% e completa com 6ml de soro;
- 1.1.4. Seringa de insulina;
- 1.1.5. Agulha rosa 40x12;
- 1.1.6. Luva estéril 8.0;
- 1.1.7. Luva estéril 7.0;
- 1.1.8. Gase estéril;
- 1.1.9. Cotonete estéril;
- 1.1.10. Cuba para soro;
- 1.1.11. Cuba para PVPI;
- 1.1.12. Metilcelulose a 2%;
- 1.1.13. Metilcelulose a 4%;
- 1.1.14. Azul de trypan;
- 1.1.15. Carbacol;
- 1.1.16. Pinça Kelly para assepsia;
- 1.1.17. Cartucho para lente;
- 1.1.18. Lente intra ocular dobrável;
- 1.1.19. Campo fenestrado com bag;
- 1.1.20. Soro Ringer com lactato;
- 1.1.21. Capote;
- 1.1.22. Campo para mesa de materiais;
- 1.1.23. Campo para mesa do faco.
- 1.1.24. para mesa de instrumental;
- 1.1.25. para mesa de instrumental;





ANEXO II
MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Ref: Edital de Credenciamento N° 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Prestadores de Serviços na Área da Saúde.

Através da presente, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n° _____, estabelecida à Rua _____, n° _____, bairro _____, neste ato representada por seu Diretor Técnico/Clínico _____, portador do CPF n° _____ e da Cédula de Identidade RG n° _____, inscrito no Conselho Regional de _____ sob o n° _____, residente e domiciliado na Rua _____, n° _____, Bairro _____, em _____ (GO), vem solicitar credenciamento no(s) item(s) _____, conforme o Anexo I do Edital de Credenciamento n° _____/2023

Goianésia(GO), em _____ de Junho de 2023.

Requerente





ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DOS EMPREGADOS

Ref: Edital de Credenciamento N° 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, e, para fins do disposto no inciso V do artigo 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 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz () (Observação: em caso

afirmativo, assinalar a ressalva acima).

Goianésia-GO, em, de de 2023.

.....
Razão Social da Empresa e Nome do Responsável.





ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Ref: Edital de Credenciamento Nº 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, sob as penas da lei, que até a presente data não existem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo de credenciamento, estando ciente da obrigação de decorar ocorrências posteriores, conforme disposto no § 2º do art. 32 da Lei nº 8.666/93.

Goianésia-GO., de de 2023

.....
Razão Social da Empresa

Nome do Responsável Técnico ou Procurador Carteira de Identidade – RG.



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO CREDENCIAMENTO

Ref: Edital de Credenciamento Nº 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que concordo e me submeto a todos os termos, normas, especificações pertinentes ao presente Edital de Credenciamento e seus Anexos, bem como, às leis, decretos, portarias e resoluções cujas normas incidam sobre o credenciamento.

Goianésia-GO.,, de de 2023

.....

Razão Social da Empresa

Nome do Responsável Técnico ou Procurador Carteira de Identidade – RG.



ANEXO VI

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DA
DOCUMENTAÇÃO**

**Ref: Edital de Credenciamento N° 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises
Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.**

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações e a documentação apresentada para obtenção do credenciamento.

Goianésia-GO.,, de de 2023

.....

Razão Social da Empresa

Nome do Responsável Técnico ou Procurador Carteira de Identidade – RG.



ANEXO VII

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO OCUPA CARGO NA ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA MUNICIPAL**

**Ref: Edital de Credenciamento Nº 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises
Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.**

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

(Razão Social da Empresa/ estabelecida na (endereço
completo), inscrita no CNPJ sob o nº....., neste ato representada pelo seu
(representante/sócio/procurador), no uso de suas atribuições legais, DECLARA, para fins de participação no
processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, nos termos do que dispõe o inciso III, artigo 9º, da
Lei nº 8.666/93, que não ocupa cargo na Administração Pública Municipal..

Goianésia-GO.,, de de 2023

.....

Razão Social da Empresa

Nome do Responsável Técnico ou Procurador Carteira de Identidade – RG.





ANEXO VIII

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE POSSUI AS INSTALAÇÕES, CORPO TÉCNICO E
APARELHAMENTOS ADEQUADOS E DISPONÍVEIS PARA A PRESTAÇÃO DOS
SERVIÇOS**

**Ref: Edital de Credenciamento Nº 001/2023, para Credenciamento de Clínicas, Laboratórios de Análises
Clínicas e Prestadores de Serviço na Área da Saúde.**

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

At. COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

A (Razão Social da Empresa), inscrita no CNPJ n.º, por intermédio de seu representante legal que esta subscreve, o(a) Sr.(a) , portador(a) da Carteira de Identidade n.º..... e do C.P.F. n.º....., DECLARA, sob as penas da Lei, que por ocasião da contratação, disporá das instalações, dos veículos, dos equipamentos e do pessoal adequado e suficiente para a realização do objeto do Edital de Credenciamento.

Goianésia-GO.,, de de 2023

.....
Razão Social da Empresa

Nome do Responsável Técnico ou Procurador Carteira de Identidade – RG.



ANEXO IX

MINUTA CONTRATUAL

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECÍFICOS POR CREDENCIAMENTO Nº.
001/2023.**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECÍFICOS
POR CREDENCIAMENTO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIANÉSIA –**

GO

E.....

Pelo presente instrumento particular, que entre si celebram o Município de Goianésia, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua 33 nº 453, Setor Sul, nesta cidade, inscrito no CNPJ nº 01.065.846/0001-72, por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede à Rua 33 nº 420, Centro, inscrito no CNPJ nº 36.975.571/0001-99, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pela sua gestora, a Secretária Municipal de Saúde **LUCIANA OTONI DE FARIA**, brasileira, enfermeira, portadora do CPF nº 8023.793.991-66 da Cédula de Identidade RG nº 4972022 DGPC/GO, residente e domiciliado nesta cidade; e, de outro

lado, _____, (qualificação completa) daqui por diante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**, à vista do Processo Administrativo nº _____ têm, entre si, justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento, o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECÍFICOS POR CREDENCIAMENTO**, com sujeição às disposições do art. 593 e seguintes do Código Civil e as normas ditadas pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições a seguir descritas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

1.1. O presente contrato tem por objetivo a execução de serviços profissionais prestados pelo(a) **CONTRATADO(A)**, na área da Saúde, como _____, procedimentos a seguir descritos:

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO:

2.1. Em contraprestação aos serviços descritos pela Cláusula Primeira o **CONTRATANTE** se compromete a efetuar o pagamento do valor estimado de R\$ _____, e da importância mensal de R\$ _____, de acordo com a fatura apresentada, através de Ordem Bancária nº, Agência nº





_____, Conta nº _____, conforme Nota de Empenho nº _____.

2.2. As contas referentes aos atendimentos efetivamente prestados dentro de cada mês, deverão ser apresentadas pela **CONTRATADA** até o quinto dia útil do mês subsequente, sendo o pagamento das mesmas feito aproximadamente até o dia 20(vinte) de cada mês.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTE DO PREÇO:

3.1. O valor somente será alterado, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e mediante Termo Aditivo ao Contrato assinado pelas partes, alterando a Cláusula Segunda.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA:

4.1. O prazo de vigência do presente Contrato terá início no dia/.../202... e término em/...../202..., podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60(sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da lei 8.666/93, obedecendo a leiorçamentária anual;

4.2. A contratada que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar o seu desinteresse por escrito à contratante com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS CONTRIBUIÇÕES E IMPOSTOS:

5.1. **O(a) CONTRATADO(A)** se sujeita a descontos de importâncias referentes ao Imposto de Renda Retido na Fonte e às contribuições previdenciárias do INSS, previstos em lei.

6. CLÁUSULA SEXTA - DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

6.1. A prestação de serviços ora contratados não implica em exclusividade entre o **CONTRATANTE** e o(a) **CONTRATADO(A)**, inexistindo subordinação pessoal, já que o(a) **CONTRATADO(A)** tem plena liberdade para o exercício de sua atividade profissional, ficando evidente, no entanto, que a importância prevista na Cláusula Segunda a ser paga está condicionada à execução dos serviços lá mencionados.

6.2. Nenhum vínculo empregatício decorrerá do credenciamento ora pactuado, por tratar-se de prestadores de serviços não subordinados nos termos da CLT, sendo remunerados somente pelos serviços efetivamente prestados.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL:

7.1. Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de Termo Aditivo assinado pelas partes.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS:

8.1. A execução do presente Contrato será avaliada pela Secretária Municipal de Saúde e pelo Conselho





Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas.

9. CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

9.1. As despesas do presente Contrato ocorrerão à conta da seguinte dotação orçamentária:

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESPONSABILIDADE DO (A) CONTRATADO(A):

10.1. O(a) **CONTRATADO (A)** será responsável pela reparação civil de danos causados a terceiros decorrentes de ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência.

10.2. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, pelos órgãos do SUS, pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Secretária Municipal de Saúde, não reduz nem exclui a responsabilidade do(a) **CONTRATADO(A)**.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA MULTA:

11.1. Fica estipulada a multa correspondente a 10% (dez por cento) sobre o valor do presente Contrato, na qual incorrerá a parte que infringir qualquer das Cláusulas deste instrumento, respondendo ainda por perdas e danos, lucros cessantes e, se houver rescisão judicial, por custas e honorários advocatícios.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:

12.1. O presente Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo **CONTRATANTE** ou bilateralmente, atendendo sempre à conveniência da Administração Pública, desde que justificadamente.

12.2. A critério do **CONTRATANTE**, caberá rescisão deste Contrato independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando o (a) **CONTRATADO (A)** não cumprir quaisquer de suas obrigações contratuais ou transferir o Contrato, no todo ou em parte, sem prévia autorização do **CONTRATANTE**.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO:

13.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Goianésia – Goiás, para eventual discussão em torno do que ficou pactuado neste Contrato.

Estando as partes justas e mutuamente contratadas, assinam o presente Contrato em 03(três) vias de igual teor e conteúdo, para os mesmos fins, juntamente com 02(duas) testemunhas idôneas e abaixo identificadas.

Goianésia(GO), em de de 2023.





LUCIANA OTONI DE FARIA
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

CONTRATADO(A)

Testemunhas:

1. _____

2. _____

