

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

EDITAL

Local: O recebimento da documentação para o credenciamento ocorrerá exclusivamente no formato eletrônico através do site www.licitardigital.com.br

Período: **24/02/2025 a 24/02/2026**

Horário: Até as 23h:59min do dia 24/02/2026.

Modo: Aberto

1 - PREÂMBULO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL, inscrito no CNPJ sob o nº. 01.921.228/0001-87, através da Comissão Permanente de Licitação nomeada pela Portaria nº. 032/2024, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e suas modificações posteriores, torna público que receberá, durante o período de **24/02/2025 a 24/02/2026**, no site www.licitardigital.com.br, de forma exclusiva pelo método eletrônico, propostas para o **CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº.001/2025 Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento aos Municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL.**

2 - DO OBJETO

2.1 - O presente Credenciamento Eletrônico tem por objeto a **Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento aos Municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL**, conforme anexo.

2.2 - A aquisição do Edital completo poderá ser feito pelo licitante no setor de licitações/ Compras do CISCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste, situado na Avenida Duque de Caxias, nº. 850, Bairro Esplanada da Estação, Itabira-MG, no horário de **08:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00** horas ou pelos endereços eletrônicos: www.ciscel.mg.gov.br ou www.licitardigital.com.br - licitações.

3 - FINALIDADE

3.1 - O presente credenciamento eletrônico tem por finalidade atender a demanda dos municípios de consorciados do CISCEL

3.1.1 - Municípios consorciados ao CISCEL:

Barão de Cocais; Bom Jesus do Amparo; Ferros; Itabira; Itambé do Mato Dentro; Morro do Pilar; Passabém; Santa Bárbara, Santa Maria de Itabira; Santo Antônio do Rio Abaixo; São Gonçalo do Rio Abaixo; São Sebastião do Rio Preto.

4 - DA FORMA DE ATENDIMENTO

4.1 - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste, através das Secretarias de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes **exames especializados de baixa, média e alta complexidade**, conforme anexo constante do edital.

4.2 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CISCEL, expedida individualmente, pelos Secretários Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

5 - DO VALOR E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

5.1 - O valor do serviço objeto deste credenciamento está estabelecido nos **ANEXOS I a XXIX** que são partes integrantes do presente Edital e do contrato a ser celebrado.

5.2 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado, a partir do 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento.

5.2.1 - O credenciado encaminhará ao CISCEL até 02 (dois) dias após solicitação via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista.

5.3 - A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

5.4 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.

6 - DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO

6.1 - Poderão participar do presente credenciamento eletrônico pessoas Jurídicas legalmente constituídas e habilitadas, com regularidade jurídica, fiscal e trabalhista, que não tenham sofrido penalidade de suspensão ou declaração de indignidade por parte do Poder Público e que satisfaçam as condições fixadas neste edital de Credenciamento, aceitando as normas estabelecidas pelo CISCEL.

6.1.1 - É de responsabilidade exclusiva e integral da pessoa jurídica credenciada a utilização de pessoal para execução do objeto da contratação, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao CONSÓRCIO.

6.1.2 - É vedada participação de Pessoa Jurídica na qual, dentre seus dirigentes responsáveis técnicos ou legais, bem como dentre eventuais subcontratados, fique ocupante de cargo ou de emprego público na Administração direta ou indireta do CISCEL- Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste.

6.2 - Os participantes deverão primeiramente se inscrever na plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico no endereço: www.licitardigital.com.br, dentro da opção: Adesão - Adesão fornecedor. Cadastrada senha de acesso, será liberado o acesso à área logada. O participante deverá, após selecionar o edital enviar a documentação necessária, informar os serviços aos quais pretende se credenciar e solicitar a participação no credenciamento. Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitardigital.

6.2.1 - DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

a) Registro comercial, no caso de empresa individual; ou
Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| • Barão de Cocais | • Itabira | • Passabém | • São Gonçalo do Rio Abaixo |
| • Bom Jesus do Amparo | • Itambé do Mato Dentro | • Santo Antônio do Rio Abaixo | • Santa Maria de Itabira |
| • Ferros | • Morro do Pilar | • Santa Bárbara | • São Sebastião do Rio Preto |

Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; ou

Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

b) Comprovante de Inscrição do CNPJ;

c) Prova de regularidade conjunta de Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, nos termos da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº1.751/2014;

d) Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;

e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Estado;

f) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, mediante apresentação de **Certidão Negativa** emitida pela Secretaria competente do Município.

g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, conforme estabelecido pela Lei nº 12.440/2011);

h) Registro da Pessoa Jurídica no Conselho de fiscalização profissional respectivo;

i) Registro no Conselho de Classe equivalente (Pessoa Física);

j) Alvará de Funcionamento vigente;

k) Alvará Sanitário vigente*;

l) Comprovação de titulação da especialidade compatível ao objeto da licitação **(obrigatório)**.

Obs: RQE - Registro de Qualificação de Especialista. (Documento opcional) - Contudo o critério de distribuição de demanda levará em consideração o RQE como elemento preponderante.

m) Ficha do CNES (CADASTRO NACIONAL ESTABELECIMENTO SAÚDE)*;

n) ANEXO XXX - Relação de Profissionais;

o) ANEXO XXXI- Dados Complementares;

p) ANEXO XXXII - Modelo de Procuração;

q) ANEXO XXXIII - Termo de Referência;

r) ANEXO XXXIV - Planilha de disponibilidade de demanda pelo credenciamento;

s) ANEXO XXXV - Minuta de Contrato.

6.2.1.1 - Os documentos de habilitação deverão ser anexados na plataforma eletrônica em formato PDF.

6.2.1.2 - A relação de profissionais (ANEXO XXX), dados complementares (ANEXO XXXI), modelo de procuração (ANEXO XXXII), poderão ser preenchidas, convertidas em PDF e assinadas **eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001 e após anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento (sem a necessidade de impressão e assinatura física do documento); ou**

Poderão ser preenchidas, impressas, assinadas fisicamente, digitalizadas em PDF e posteriormente anexadas nos campos específicos na plataforma eletrônica de credenciamento.

6.2.2 - Não será credenciado o prestador de serviço que deixar de apresentar quaisquer desses documentos acima, ou apresentá-los em desacordo com o presente Edital de Credenciamento, resguardada a hipótese do participante que se declarar micro empresa e a empresa de pequeno porte, que possuindo restrição em qualquer documento de **regularidade fiscal**, terá sua habilitação condicionada à apresentação da nova documentação, que comprove sua regularidade em 5 (cinco) dias úteis, a contar da

comunicação da pendência na plataforma eletrônica do credenciamento, para regularização da documentação.

6.3. Por se tratar de um credenciamento aberto, e, assim sem distribuição de quantitativo, deverá o fornecedor no campo quantitativo deixar como zero, conforme exemplo abaixo:

| Item | Descrição | Unitário | Total | Quantidade | Qtde. Disponível |
|--------------|---------------------------|----------|-------|-------------|------------------|
| Oftalmologia | | | | | |
| 1 | Consultas de Oftalmologia | 60,00 | 0,00 | - Consultas | - |
| Totais | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

6.4. No contrato a ser gerado constará apenas os valores dos procedimentos, sendo que a distribuição dos serviços será realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados forem surgindo.

6.5. Para dúvidas quanto ao cadastro na plataforma deverão ser sanadas diretamente com a Licitar Digital.

7 - DA ADESÃO AO CREDENCIAMENTO

7.1 - Os proponentes, ao efetivarem o CREDENCIAMENTO, concordam automaticamente com todos os termos do Edital e seus anexos.

7.2 - A contratação somente se efetivará após o cumprimento dos critérios estabelecidos neste EDITAL DE CREDENCIAMENTO, definidos pelo CISCEL.

7.3 - Será considerada habilitada a empresa que apresentar toda a documentação em conformidade com a cláusula 6.2.1 do presente edital.

7.4 – A distribuição da demanda que surgir durante o período de vigência do presente credenciamento será realizada da seguinte forma:

a) A divisão da demanda observará a territorialidade, visando menor custo aos municípios consorciados, observando o local de melhor comodidade dos pacientes e menor custo-benefício da locomoção.

b) - A divisão da demanda respeitará a proporcionalidade igualitária e o princípio da isonomia entre todos os participantes, considerando: 1. O melhor interesse do cidadão a ser atendido; 2. A economicidade para a prestação dos serviços pelos Ente Consorciados, como por exemplo: o transporte dos pacientes; 3. O princípio da eficiência; 4. A melhor técnica aplicada em benefício ao cidadão a ser atendido.

c) Não poderá haver distribuição à beneficiar um Fornecedor Credenciamento em detrimento de outro Fornecedor Credenciando no caso de características iguais entre ambas as empresas, devendo ser realizada a rotatividade na distribuição entre os Fornecedores Credenciados;

d) Considera-se Fornecedores com características iguais, as empresas sediadas na mesma cidade e com a declaração de capacidade de atendimento similares;

e) A distribuição da demanda poderá em casos excepcionais ser realizada de forma desigual, a fim de atender ao interesse público e nos seguintes casos:

1. Atendimento de pacientes em retornos de consultas especializadas, onde a consulta com o mesmo profissional do primeiro atendimento se faz necessário;

2. Em casos de calamidade pública em saúde onde a prestação de serviços por uma determinada Empresa Credenciada se faça necessário em detrimento de outras, em razão de qualidade diferenciada nas prestações dos serviços, prestação de serviços em horários não comerciais e ou melhor técnica a ser aplicada;

2.1. No caso do subitem 2, da presente cláusula, deverá a autoridade competente do CISCEL, justificar motivadamente a distribuição da demanda de forma não igualitária.

7.4.4 - As quantidades de procedimentos a serem contratadas e distribuídas, serão estimadas de acordo com a demanda solicitada de cada município consorciado, observando ainda o local de melhor comodidade dos pacientes e melhor custo-benefício da locomoção, sendo sempre estimado o número de procedimentos, não garantindo ao credenciamento, quantitativo mínimo de procedimentos a serem realizados.

7.5 - O quantitativo genérico previsto neste Edital é meramente estimativo, representando apenas o que o CISCEL considera que poderá surgir de demanda real no período de 12 (doze) meses, podendo o CONTRATANTE requisitar os serviços em quantidade inferior ou superior ao estabelecido nas Planilhas constantes dos Anexos ao Edital, de acordo com a demanda dos usuários da rede.

7.6 - É vedado:

7.6.1 - A cobrança de qualquer natureza dos pacientes encaminhados para a realização dos ATENDIMENTOS.

8 - DA CONVOCAÇÃO

8.1 - Os documentos de habilitação deverão ser encaminhados exclusivamente pela plataforma eletrônica indicada no item "1" (www.licitardigital.com.br), no período de XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX.

8.2 - O CISCEL convocará o candidato selecionado, através da plataforma eletrônica do credenciamento e ou e-mail, para assinar o contrato no prazo de até 05 (cinco) dias contados a partir do envio do e-mail ou da comunicação na plataforma;

8.3 - O contrato de credenciamento será enviado ao candidato selecionado pela plataforma eletrônica e ou e-mail, sendo que, poderá o candidato devolver o contrato assinado:

8.3.1 - Pela plataforma eletrônica do credenciamento eletrônico, através de arquivo PDF, assinado eletronicamente nos termos de certificados ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2 de 2001; ou

8.3.2 - Devolver o contrato assinado no formato físico, a ser encaminhado para o Endereço do CISCEL, Av: Duque de Caxias, 850, Bairro Esplanada da Estação, em Itabira- MG, CEP 35900-236;

8.4 - O não atendimento à convocação para assinatura do contrato, no prazo previsto no subitem 8.3, representará a desistência da empresa com relação ao procedimento previsto neste Edital.

8.5 - O resultado da habilitação e do credenciamento será divulgado em até 30 (trinta) dias após o credenciamento do interessado e será afixado em local próprio no saguão da sede do CISCEL, no site www.ciscel.mg.gov.br e www.licitardigital.com.br e/ou publicação no diário local.

8.6 - É vedada a transferência, total ou parcial, para terceiros, do objeto do presente credenciamento, sem a anuência prévia do CISCEL.

9 - DO PRAZO

O prazo de vigência do credenciamento será até 24/02/2026.

10 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente licitação, correrão por conta da dotação orçamentária abaixo especificada do orçamento para o exercício de 2025, devendo ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica, no orçamento do(s) próximo(s) exercício(s) para continuação do Contrato, em caso de necessidade de prorrogação:

Ficha Funcional n.º01002.1030210022.003 - Manutenção Atividade Ambulatorial - Contratos Clínicas. Elemento de despesa n.º33903900000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica. Fonte n.º1650. Ficha n.º39.

11 - DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

11.1 - O contrato a ser firmado, cuja minuta (**Anexo XXXV**) integra o presente edital para todos os fins e efeitos de direito, regulamentará as condições de sua execução, bem como os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, sujeitando-se aos preceitos de direito público e aplicando-se subsidiariamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

11.2 - O prazo de vigência do credenciamento será até **24/02/2026**.

12 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 - A prestação dos serviços deverá ser realizada na Clínica ou Consultório do CONTRATADO, de segunda a sexta-feira, ou em outros dias a serem previamente acordado pelas partes;

12.2 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.

12.3 - A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

13 - DOS RECURSOS

Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso diretamente na plataforma eletrônica do credenciamento, no endereço www.licitardigital.com.br, nos termos da Portaria CISCEL nº 027/2023 e art. 165, da Lei Federal nº 14.133/21.

14 - DOS PREÇOS PRATICADOS

O valor constante do anexo, foi fixado em conformidade com a Portaria nº.008/2024, respeitando a real capacidade financeira deste Consórcio.

15 - DOS ANEXOS

15.1- Integram o presente Edital os seguintes anexos:

- a) ANEXO XXX - Relação de Profissionais;
- b) ANEXO XXXI- Dados Complementares;
- c) ANEXO XXXII - Modelo de Procuração;
- d) ANEXO XXXIII - Termo de Referência;
- e) ANEXO XXXIV - Planilha de disponibilidade de demanda pelo credenciamento;
- f) ANEXO XXXV - Minuta de Contrato.

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Itabira, 1º de dezembro de 2025.

Daiane Ferreira Chaves Avelar
Secretária Executiva

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

| ANEXO I | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO DURANTE A REFORMA DO BLOCO CIRURGICO DO CISCEL | | | |
| Grupo: PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor unitário | Valor total |
| 1 | FACOEMULCIFICAÇÃO COM LENTE INTRAOCULAR POR OLHO (LIO) E ANESTESISTA (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 927,00 | R\$ 648.900,00 |
| 2 | APLICAÇÃO DE TRIANCINOLONA (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 460,00 | R\$ 4.600,00 |
| 3 | CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 3.450,00 | R\$ 690.000,00 |
| 4 | EXERESE DE CALÁZIO MONOCULAR - (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 150,00 | R\$ 3.000,00 |
| 5 | EXERESE DE CISTO MOLL - MONOCULAR (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 405,00 | R\$ 4.050,00 |
| 6 | EXERESE DE NÓDULOS PALPEBRAL MONOCULAR (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 405,00 | R\$ 4.050,00 |
| 7 | INJECAO DE AVASTIM - POR APLICAÇÃO (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 621,00 | R\$ 124.200,00 |
| 8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 12.000,00 |
| | | | R\$ 1.490.800,00 |
| ANEXO II | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL | | | |
| Grupo: EXAMES OFTALMOLOGICOS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | | Valor total |
| 1 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR | R\$ 94,08 | R\$ 56.448,00 |
| 2 | ECOBIMETRIA A - MONOCULAR | R\$ 30,00 | R\$ 15.000,00 |
| 3 | ECOBIMETRIA B - MONOCULAR | R\$ 40,00 | R\$ 16.000,00 |
| 4 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA BINOCULAR | R\$ 55,00 | R\$ 11.000,00 |
| | | | R\$ 98.448,00 |

| ANEXO III | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL | | | |
| Grupo: EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | | Valor total |
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR, RINS, PÂNCREAS, BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL | R\$92,00 | R\$ 92.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO BRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, OMBRO, QUADRIL, FEMUR, PERNA, JOELHO, PANTURRILHA, TORNOZELO, PE, TENDÃO. | R\$ 72,00 | R\$ 72.000,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL | R\$ 140,00 | R\$ 112.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS | R\$ 72,00 | R\$ 10.800,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS, URETERES BEXIGA | R\$ 72,00 | R\$ 28.800,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS | R\$ 72,00 | R\$ 14.400,00 |
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO, OVÁRIOS, TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO | R\$ 72,00 | R\$ 10.800,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO | R\$ 72,00 | R\$ 36.000,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO | R\$ 72,00 | R\$ 72.000,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO + TRANSLUCENCIA NUCAL | R\$ 94,50 | R\$ 9.450,00 |
| 15 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO | R\$ 94,50 | R\$ 9.450,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 72,00 | R\$ 3.600,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS | R\$ 82,00 | R\$ 1.640,00 |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 18 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 19 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO | R\$ 140,00 | R\$ 28.000,00 |
| 20 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO | R\$ 142,00 | R\$ 28.400,00 |
| 21 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 16.800,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO | R\$ 168,00 | R\$ 25.200,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 16.800,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER | R\$ 157,00 | R\$ 7.850,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 72,00 | R\$ 2.160,00 |
| 34 | ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 238,00 | R\$ 11.900,00 |
| 36 | ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 283,00 | R\$ 14.150,00 |
| 37 | ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 38 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| | | | R\$ 735.800,00 |

ANEXO IV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES ANGIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL | R\$ 112,00 | R\$ 56.000,00 |
| 2 | DUPLEX SCAN DE AORTA ILIACA | R\$ 110,00 | R\$ 2.200,00 |
| 3 | DUPLEX SCAN DE ARTERIAS RENAIIS | R\$ 100,00 | R\$ 5.000,00 |
| 4 | DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS | R\$ 143,00 | R\$ 35.750,00 |
| 5 | DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS | R\$ 143,00 | R\$ 1.430,00 |
| 6 | DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL | R\$ 100,00 | R\$ 150.000,00 |
| 7 | TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSÃO (o médico deverá trazer a medicação) | R\$ 430,00 | R\$ 43.000,00 |
| | | | R\$ 293.380,00 |

ANEXO V

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: CINTILOGRAFIAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C GALIO 67 | R\$ 470,00 | R\$ 2.350,00 |
| 2 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C OU S FLUXO SANGUINEO CORPO INTEIRO | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 3 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | R\$ 335,00 | R\$ 1.675,00 |
| 4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO MINIMO 2 PROJECCOES | R\$ 138,00 | R\$ 2.760,00 |
| 5 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO MINIMO 4 PROJECCOES | R\$ 147,00 | R\$ 2.940,00 |
| 6 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C OU S CAPTACAO | R\$ 99,00 | R\$ 990,00 |
| 7 | CINTILOGRAFIA MIOCARDICA ESFORCO REPOUSO | R\$ 801,00 | R\$ 240.300,00 |
| 8 | CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA | R\$ 219,00 | R\$ 6.570,00 |
| 9 | CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA | R\$ 145,00 | R\$ 4.350,00 |
| 10 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ 151,00 | R\$ 1.510,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 11 | TRATAMENTO C/ IODO 131 PARA HIPERTIROIDISMO GRAVES | R\$ 756,00 | R\$ 3.780,00 |
| 12 | CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO | R\$ 466,00 | R\$ 4.660,00 |
| | | | R\$ 282.135,00 |

ANEXO VI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES CARDIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| 1 | CATETERISMO CARDIACO - MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE | R\$ 1.400,00 | R\$ 140.000,00 |
| 2 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (ESFORÇO) | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |
| 3 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLOGICO | R\$ 298,00 | R\$ 44.700,00 |
| 4 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | R\$ 339,00 | R\$ 6.780,00 |
| 5 | ECOCARDIOGRAMA FETAL | R\$ 319,00 | R\$ 6.380,00 |
| 6 | ECODOPLERCARDIOGRAMA | R\$ 126,00 | R\$ 252.000,00 |
| 7 | ECODOPLERCARDIOGRAMA INFANTIL | R\$ 213,00 | R\$ 42.600,00 |
| 8 | ELETROCARDIOGRAMA - ECG | R\$ 30,00 | R\$ 9.000,00 |
| 9 | LAUDO DE ECG | R\$ 6,00 | R\$ 12.000,00 |
| 10 | MAPA | R\$ 103,00 | R\$ 72.100,00 |
| 11 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS | R\$ 103,00 | R\$ 103.000,00 |
| 12 | TESTE ERGOMETRICO | R\$ 80,00 | R\$ 80.000,00 |
| 13 | CATETERISMO CARDIACO - MUNICÍPIO DE ITABIRA | R\$ 2.000,00 | R\$ 300.000,00 |
| | | | R\$ 1.071.560,00 |

ANEXO VII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES ENDOSCOPICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS ANESTESIA (PRESENÇA DO | R\$ 666,67 | R\$ 200.001,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| | MÉDICO ANESTESISTA) | | |
| 2 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS RETIRADA DE CORPO ESTRANHOS | R\$ 950,00 | R\$ 19.000,00 |
| 3 | POLIPECTOMIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 733,33 | R\$ 146.666,00 |
| 4 | TERMOCOAGULAÇÃO PARA ENDOSCOPIA | R\$ 2.216,67 | R\$ 22.166,70 |
| 5 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL | R\$ 283,33 | R\$ 28.333,00 |
| 6 | PH METRIA ESOFÁGICA | R\$ 400,00 | R\$ 20.000,00 |
| 7 | MANOMETRIA ESOFÁGICA | R\$ 400,00 | R\$ 24.000,00 |
| 8 | DILATAÇÃO ESOFÁGICA DO ESFINCTER INFERIOR COM BALÃO | R\$ 2.453,00 | R\$ 12.265,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM PUNÇÃO | R\$ 5.040,00 | R\$ 25.200,00 |
| 10 | LIGADURA ELÁSTICA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.998,00 | R\$ 59.940,00 |
| 11 | COLONOSCOPIA COM BIOPSIA | R\$ 840,00 | R\$ 588.000,00 |
| 12 | COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA | R\$ 1.560,00 | R\$ 780.000,00 |
| 13 | COLONOSCOPIA COM TATUAGEM | R\$ 1.320,00 | R\$ 26.400,00 |
| 14 | CROMOSCOPIA PARA COLONOSCOPIA | R\$ 480,00 | R\$ 4.800,00 |
| 15 | CROMOSCOPIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 720,00 | R\$ 14.400,00 |
| 16 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM HEMOSTASIA MECÂNICA | R\$ 1.440,00 | R\$ 14.400,00 |
| 17 | ENDOSCOPIA COM TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA | R\$ 1.380,00 | R\$ 27.600,00 |
| 18 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE URGÊNCIA | R\$ 473,00 | R\$ 70.950,00 |
| 19 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOSPIA E TESTE DE UREASE | R\$ 323,00 | R\$ 646.000,00 |
| 20 | ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA COM PASSAGEM DE SNE OU PASSAGEM DE SONDA VIA ENDOSCÓPICA | R\$ 1.220,00 | R\$ 12.200,00 |
| 21 | ESCLEROTERAPIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.518,00 | R\$ 15.180,00 |
| 22 | GASTROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE BUTTON | R\$ 3.480,00 | R\$ 69.600,00 |
| 23 | GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA | R\$3.000 | R\$ 60.000,00 |
| 24 | HEMOSTASIA DO CÓLON | R\$ 1.920,00 | R\$ 96.000,00 |
| 25 | MAGNIFICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA | R\$ 480,00 | R\$ 4.800,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|
| 26 | MAGNIFICAÇÃO PARA ENDOSCOPIA | R\$ 826,60 | R\$ 16.532,00 |
| 27 | MUCOSECTOMIA PARA COLONOSCOPIA | R\$ 1.666,00 | R\$ 66.640,00 |
| 28 | MUCOSECTOMIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.500,00 | R\$ 15.000,00 |
| 29 | OPME - (Aguilha injetora) para exame de colonoscopias e endoscopias | R\$ 337,00 | R\$ 16.850,00 |
| 30 | OPME - (Alça) para exame colonoscopia e endoscopia com polipectomia | R\$ 229,00 | R\$ 91.600,00 |
| 31 | OPME - (Clip) para exame de colonoscopia e endoscopia com polipectomia | R\$ 329,00 | R\$ 49.350,00 |
| 32 | OPME - (Endolop de Nylon) para exame de Colonoscopia | R\$ 229,00 | R\$ 4.580,00 |
| 33 | RETIRADA DE SONDA DE GASTROSTOMIA | R\$ 240,00 | R\$ 2.400,00 |
| 34 | TERMOCOAGULAÇÃO PARA COLONOSCOPIA | R\$ 2.400,00 | R\$ 72.000,00 |
| 35 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA SUPERCRESCEMENTO BACTERIANO | R\$ 180,00 | R\$ 5.400,00 |
| 36 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA CADA TIPO DE CARBOIDRATO | R\$ 180,00 | R\$ 3.600,00 |
| 37 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA INTOLERÂNCIA A FRUTOSE | R\$ 343,33 | R\$ 6.866,60 |
| 38 | COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETÓGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE | R\$ 12.500,00 | R\$ 62.500,00 |
| 39 | MANOMETRIA ANORRETAL | R\$ 900,00 | R\$ 4.500,00 |
| | | | R\$ 3.405.720,30 |

ANEXO VIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES E PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ACUIDADE VISUAL - PAM | R\$ 39,00 | R\$ 780,00 |
| 2 | ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA - RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 200,00 | R\$ 140.000,00 |
| 3 | APLICAÇÃO DE EYLIA - (valor inclui MAT/MED) | R\$ 3.100,00 | R\$ 248.000,00 |
| 4 | BIOMETRIA OPTICA MONOCULAR | R\$ 100,00 | R\$ 2.000,00 |
| 5 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA/CAMPO VISUAL BINOCULAR | R\$ 56,00 | R\$ 28.000,00 |
| 6 | CAMPO VISUAL MANUAL | R\$ 80,00 | R\$ 800,00 |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| 7 | CICLOCRIOTERAPIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.500,00 | R\$ 17.500,00 |
| 8 | CIRURGIA DE CORRECAO DE TRIQUIASE MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| 9 | CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.500,00 | R\$ 35.000,00 |
| 10 | CIRURGIA DE REVISÃO DE TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 2.500,00 | R\$ 25.000,00 |
| 11 | CIRURGIA DE TRABECULECTOMIA + MITOMICINA C MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.800,00 | R\$ 18.000,00 |
| 12 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 4.350,00 | R\$ 43.500,00 |
| 13 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA E CATARATA + LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 5.350,00 | R\$ 267.500,00 |
| 13 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO E ENDOLASER MONOCULAR- Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 9.333,00 | R\$ 93.330,00 |
| 14 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO, ÓLEO DE SILICONE ENDOLASER MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 9.133,00 | R\$ 136.995,00 |
| 15 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.780,00 | R\$ 17.800,00 |
| 16 | CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.975,00 | R\$ 39.750,00 |
| 17 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO BINOCULAR | R\$ 76,00 | R\$ 38.000,00 |
| 18 | DACRIOCISTOGRAFIA | R\$ 600,00 | R\$ 3.000,00 |
| 19 | ELETROOCULOGRAMA MONOCULAR | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 |
| 20 | ELETORRETINOGRAMA MONOCULAR | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 |
| 21 | FOTOCOAGULACAO A LASER -SESSAO | R\$ 100,00 | R\$ 60.000,00 |
| 22 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER COM BLOQUEIO ANESTÉSICO MONOCULAR - Sessão | R\$ 850,00 | R\$ 85.000,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 23 | GONIOSCOPIA BINOCULAR | R\$ 56,00 | R\$ 22.400,00 |
| 24 | INJEÇÃO INTRAVÍTEA DE OZURDEX MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos e Mat/Med | R\$ 4.562,00 | R\$ 91.240,00 |
| 25 | IRIDECTOMIA YAG A LASER DE YRIS MONOCULAR | R\$ 380,00 | R\$ 7.600,00 |
| 26 | MICROSCOPIA ESPECULAR MONOCULAR | R\$ 150,00 | R\$ 7.500,00 |
| 27 | OCT DA MACULA COM ANGIO-OCT SEM CONTRASTE - MONOCULAR | R\$ 280,00 | R\$ 5.600,00 |
| 28 | PAQUIMETRIA BINOCULAR | R\$ 68,00 | R\$ 34.000,00 |
| 29 | PENTACAM - BINOCULAR | R\$ 345,00 | R\$ 3.450,00 |
| 30 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$60,00 | R\$ 18.000,00 |
| 31 | SONDAGEM DE VIA LACRIMAL EM CRIANÇA MENOR DE 12 ANOS BINOCULAR | R\$ 3.100,00 | R\$ 15.500,00 |
| 32 | TESTE DE FUNCAO LACRIMAL BINOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 600,00 |
| 33 | TESTE DE LENTE BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 1.400,00 |
| 34 | TESTE DE LENTE MAIS TOPOGRAFIA DE CORNEA BINOCULAR | R\$ 150,00 | R\$ 1.500,00 |
| 35 | TESTE DE VISAO DE CORES BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 700,00 |
| 36 | TOMOGRAFIA OCT - MONOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 180.000,00 |
| 37 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA BINOCULAR | R\$ 80,00 | R\$ 16.000,00 |
| 38 | TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 7.000,00 |
| 39 | OPME: OLOGEN PARA CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR | R\$ 1.700,00 | R\$ 17.000,00 |
| 40 | TESTE DE SOBRECARGA HÍDRICA | R\$ 100,00 | R\$ 500,00 |
| 41 | CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR COM IMPLANTE - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 13.500,00 | R\$ 67.500,00 |
| 42 | CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR SEM IMPLANTE - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 7.100,00 | R\$ 35.500,00 |
| 43 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR + PERFLUOCARBONO +ENDOLASER+ MENRANECTOMIA INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 10.333,00 | R\$ 51.665,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 44 | CIRURGIA DE ESTRABISMO - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED. | R\$ 5.000,00 | R\$ 25.000,00 |
| 45 | APLICAÇÃO DE LUCENTIS | R\$ 2.498,00 | R\$ 249.800,00 |
| 46 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR | R\$ 110,00 | R\$ 550,00 |
| 47 | CIRURGIA DE IMPLANTE E REIMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR | R\$ 1.850,00 | R\$ 9.250,00 |
| 48 | CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR | R\$ 1.005,00 | R\$ 5.025,00 |
| 49 | CIRURGIA DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA MONOCULAR. VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED | R\$ 3.500,00 | R\$ 17.500,00 |
| 50 | INJECAO DE TOXINA BOTULINICA MONOCULAR | R\$ 1.580,00 | R\$ 7.900,00 |
| 51 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO MONOCULAR | R\$ 350,00 | R\$ 7.000,00 |
| 52 | CIRURGIA DE CATARATA COM RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE MONOCULAR- VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED | R\$ 4.000,00 | R\$ 20.000,00 |
| 53 | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMO | R\$8.000,00 | R\$ 80.000,00 |
| 54 | IMPLANTE DE ANEL-INTRAESTROMOL | R\$8.000,00 | R\$ 80.000,00 |
| | | | R\$ 2.403.635,00 |

ANEXO IX

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES NEUROLÓGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | ELETROENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULACAO - EEG | R\$ 213,33 | R\$ 4.266,60 |
| 2 | ELETROENCEFALOGRAMA - EEG | R\$ 230,00 | R\$ 69.000,00 |
| 3 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA | R\$ 197,50 | R\$ 19.750,00 |
| 4 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C MAPEAMENTO EEG | R\$ 253,33 | R\$ 5.066,60 |
| 5 | ELETRONEUROMIOGRAFIA - 2 MEMBROS | R\$ 300,00 | R\$ 75.000,00 |
| 6 | ELETRONEUROMIOGRAFIA - 4 MEMBROS | R\$ 600,00 | R\$ 30.000,00 |
| 7 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 8 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL BINOCULAR | R\$ 250,00 | R\$ 2.500,00 |
| 9 | TAP TESTE - AVALIAÇÃO DE POSSÍVEL RESPOSTA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL | R\$ 1.400,00 | R\$ 7.000,00 |
| | | | R\$ 215.583,20 |

ANEXO X

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES OTORRINO E FONOAUDIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | AUDIOMETRIA COMPLETA - TONAL VOCAL E IMPEDANCIOMETRIA | R\$ 85,00 | R\$ 42.500,00 |
| 2 | AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL | R\$ 47,25 | R\$ 14.175,00 |
| 3 | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | R\$ 25,00 | R\$ 250,00 |
| 4 | BERA (criança ou adulto) | R\$ 150,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | EMISSOES OTOACUSTICAS ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICIPIO | R\$ 15,00 | R\$ 1.500,00 |
| 6 | EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P TRIAGEM AUDITIVA TESTE DA ORELHINHA | R\$ 18,75 | R\$ 9.375,00 |
| 7 | FIBRONASOLARINGOSCOPIA | R\$ 153,50 | R\$ 76.750,00 |
| 8 | IMPEDANCIOMETRIA | R\$ 37,75 | R\$ 5.662,50 |
| 9 | POLISSONOGRAMIA ACIMA DE 18 ANOS | R\$ 450,00 | R\$ 67.500,00 |
| 10 | POLISSONOGRAMIA COM TESTE DE CPAP NASAL | R\$ 450,00 | R\$ 9.000,00 |
| 11 | PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL | R\$ 150,00 | R\$ 4.500,00 |
| 12 | TESTES VESTIBULARES | R\$ 74,00 | R\$ 14.800,00 |
| 13 | VIDEODEGLUTOGRAMA | R\$ 390,00 | R\$ 3.900,00 |
| 14 | VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA | R\$ 163,50 | R\$ 16.350,00 |
| 15 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$ 158,50 | R\$ 15.850,00 |
| | | | R\$ 304.612,50 |

ANEXO XI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES PNEUMOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | ESPIROMETRIA | R\$ 120,00 | R\$ 90.000,00 |
| 2 | BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA E/OU COM OU SEM ASPIRADO OU LAVABO BRONQUIO BILATERAL | R\$ 1.250,00 | R\$ 6.250,00 |
| | | | R\$ 96.250,00 |

ANEXO XII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES RADIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | VALOR UNITÁRIO |
|------|---------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | DENSITOMETRIA OSSEA | R\$ 122,00 | R\$ 244.000,00 |
| 2 | ESCANOMETRIA | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 3 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R\$ 150,00 | R\$ 3.000,00 |
| 4 | MAMOGRAFIA DIGITAL | R\$ 90,00 | R\$ 135.000,00 |
| 5 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO MINIMO DE 3 INCIDENCIAS | R\$ 18,36 | R\$ 183,60 |
| 6 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AP LATERAL LOCALIZADA | R\$ 12,88 | R\$ 128,80 |
| 7 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES AP | R\$ 14,34 | R\$ 286,80 |
| 8 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | R\$ 12,84 | R\$ 642,00 |
| 9 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR AP OBLIQUAS | R\$ 13,92 | R\$ 139,20 |
| 10 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 11 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 12 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | R\$ 15,54 | R\$ 466,20 |
| 13 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 14 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | R\$ 15,54 | R\$ 310,80 |
| 15 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - TORNOZELO | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 16 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL | R\$ 16,76 | R\$ 167,60 |

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| 17 | RADIOGRAFIA DE BACIA | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 18 | RADIOGRAFIA DE BRACO | R\$ 15,54 | R\$ 310,80 |
| 19 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO | R\$ 13,00 | R\$ 1.300,00 |
| 20 | RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL HIRTZ | R\$ 13,76 | R\$ 206,40 |
| 21 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA | R\$ 14,80 | R\$ 740,00 |
| 22 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP LATERAL TO OBLIQUAS | R\$ 16,66 | R\$ 2.499,00 |
| 23 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 21,92 | R\$ 8.768,00 |
| 24 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA OU DORSAL AP LATERAL | R\$ 18,32 | R\$ 2.748,00 |
| 25 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | R\$ 19,46 | R\$ 2.919,00 |
| 26 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITORAX | R\$ 16,74 | R\$ 334,80 |
| 27 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | R\$ 11,80 | R\$ 590,00 |
| 28 | RADIOGRAFIA DE COXA | R\$ 17,88 | R\$ 894,00 |
| 29 | RADIOGRAFIA DE CRANIO PA LATERAL | R\$ 15,04 | R\$ 150,40 |
| 30 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO | R\$ 30,00 | R\$ 300,00 |
| 31 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO | R\$ 15,96 | R\$ 159,60 |
| 32 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO TRANSITO | R\$ 95,18 | R\$ 951,80 |
| 33 | RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL | R\$ 13,56 | R\$ 8.136,00 |
| 34 | RADIOGRAFIA DE LARINGE | R\$ 12,60 | R\$ 126,00 |
| 35 | RADIOGRAFIA DE MAO | R\$ 12,60 | R\$ 1.890,00 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO P DETERMINACAO DE IDADE OSSEA | R\$ 12,00 | R\$ 600,00 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE ROCHEDOS BILATERAL | R\$ 18,06 | R\$ 180,60 |
| 38 | RADIOGRAFIA DE OMBRO TRES POSICOES | R\$ 14,98 | R\$ 2.247,00 |
| 39 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE MN LATERAL HIRTZ | R\$ 16,76 | R\$ 167,60 |
| 40 | RADIOGRAFIA DE PE DEDOS DO PE | R\$ 13,56 | R\$ 4.068,00 |
| 41 | RADIOGRAFIA DE PERNA | R\$ 17,88 | R\$ 1.072,80 |
| 42 | RADIOGRAFIA DE PUNHO AP LATERAL OBLIQUA | R\$ 13,82 | R\$ 2.073,00 |
| 43 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA | R\$ 15,60 | R\$ 312,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 44 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE FN MN LATERAL HIRTZ | R\$ 14,64 | R\$ 732,00 |
| 45 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA PA LATERAL BRETTON | R\$ 14,40 | R\$ 144,00 |
| 46 | RADIOGRAFIA DE TORAX PA | R\$ 13,76 | R\$ 688,00 |
| 47 | RADIOGRAFIA DE TORAX PA E PERFIL | R\$ 19,00 | R\$ 9.500,00 |
| 48 | RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - ADULTO | R\$ 834,00 | R\$ 8.340,00 |
| 49 | RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - CRIANCA (ATÉ 12 ANOS) | R\$ 834,00 | R\$ 8.340,00 |
| 50 | RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA EXCRETORA | R\$ 135,00 | R\$ 1.350,00 |
| 51 | RADIOGRAFIA DE UROGRAFIA EXCRETORA | R\$ 588,95 | R\$ 5.889,50 |
| 52 | RADIOGRAFIA DIGITAL SEIOS DA FACE | R\$ 110,00 | R\$ 1.100,00 |
| 53 | RADIOGRAFIA ENEMA OPACO | R\$ 654,00 | R\$ 6.540,00 |
| 54 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA | R\$ 12,98 | R\$ 129,80 |
| 55 | RADIOGRAFIA REED ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO | R\$ 401,00 | R\$ 8.020,00 |
| 56 | RAIO X ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL | R\$ 85,00 | R\$ 2.550,00 |
| 57 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESFONDIOLOGRAFIA PARA ESCOLIOSE | R\$ 75,00 | R\$ 750,00 |
| | | | R\$ 489.602,30 |

ANEXO XIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES UROLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|----------------------|
| 1 | ESTUDO URODINAMICO | R\$270,00 | R\$ 54.000,00 |
| | | | R\$ 54.000,00 |

ANEXO XIV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: MATERIAL PARA ANALISE PARA FINS DIAGNOSTICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|-------------|
|------|-----------------------|----------------|-------------|

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 1 | ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - menos de 03 centímetros | R\$ 120,00 | R\$ 14.400,00 |
| 2 | ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - acima de 03 centímetros | R\$ 220,00 | R\$ 48.400,00 |
| 3 | ANALISE PARA BIOPSIA DE FIBROBRONCOSCOPIA | R\$ 400,00 | R\$ 160.000,00 |
| 4 | ANÁLISE DE BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA | R\$ 150,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | ANALISE POR MICROSCOPIA ELETRONICA DE BIOPSIA RENAL | R\$ 650,00 | R\$ 422.500,00 |
| 6 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA - COLETA | R\$ 504,00 | R\$ 254.016,00 |
| 7 | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES MAIS OPME | R\$ 189,90 | R\$ 36.062,01 |
| 8 | BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR ULTRASSON DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 814,00 | R\$ 662.596,00 |
| 9 | ESTUDO EM IMUNOHISTOQUIMICA | R\$ 550,00 | R\$ 302.500,00 |
| 10 | EXAME DE ANATOMO PATOLOGICO | R\$ 54,67 | R\$ 2.988,81 |
| 11 | EXAME DE CITOLOGIA | R\$ 22,67 | R\$ 513,93 |
| 12 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE LESÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL | R\$ 600,00 | R\$ 360.000,00 |
| 13 | PAINEL DE IMUNOFLUORESCÊNCIA + MICROSCOPIA ÓPTICA | R\$ 550,00 | R\$ 302.500,00 |
| 14 | MIELOGRAMA MAIS ANALISE | R\$ 631,00 | R\$ 398.161,00 |
| 15 | ELETROCAGULAÇÃO DE VERRUGA | R\$54,64 | R\$ 2.985,53 |
| 16 | REVISÃO DE LÂMINA | R\$ 220,00 | R\$ 220.000,00 |
| | | | R\$ 3.210.123,28 |

ANEXO XV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | BLOQUEIO DE NERVO SUPRA ESCAPULAR - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$200,00 | R\$ 30.000,00 |
| 2 | INFILTRACAO ARTICULAR - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 20.000,00 |
| 3 | INFILTRACAO COM TRIANCIL - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 40.000,00 |

| 4 | BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOÍDEO COM CORTICÓIDE, COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR - Procedimento a ser realizado em Bloco Cirúrgico - Valor incluso Honorários Médicos e Mat/Med | R\$ 3.016,60 | R\$ 90.498,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| | | | R\$ 180.498,00 |
| ANEXO XVI | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: RESSONANCIAS MAGNETICAS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | ANGIORESSONANCIA QUALQUER ORGAO | R\$510,00 | R\$ 25.500,00 |
| 2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COLANGIORRESSONANCIA | R\$ 510,00 | R\$ 51.000,00 |
| 3 | CONTRASTE ADICIONAL PARA RESSONANCIA MAGNETICA | R\$ 110,00 | R\$ 82.500,00 |
| 4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 510,00 | R\$ 76.500,00 |
| 5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA PELVE ABDOMEN INFERIOR | R\$ 510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL PESCOÇO | R\$510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 510,00 | R\$ 280.500,00 |
| 8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA | R\$ 510,00 | R\$ 30.600,00 |
| 9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO | R\$ 510,00 | R\$ 255.000,00 |
| 10 | RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 11 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA - UNILATERAL | R\$510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 12 | RESSONANCIA MAGNETICA AXILAR UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 13 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MASTOIDES | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 14 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 306.000,00 |
| 15 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 16 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 17 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PROSTATA | R\$ 510,00 | R\$ 25.500,00 |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| 18 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA | R\$ 510,00 | R\$ 15.300,00 |
| 19 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX | R\$ 510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 20 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL COM SEDACAO | R\$ 1.132,00 | R\$ 11.320,00 |
| 21 | ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA COM SEDACAO | R\$ 1.132,00 | R\$ 5.660,00 |
| 22 | HIDRO-RM-COLANGIO-RM-URO-RM-MIRLO-RM-SIALO-RM- CISTOGRAFIA RM COM SEDACAO | R\$ 856,00 | R\$ 4.280,00 |
| 23 | RESSONANCIA DE ORBITAS COM SEDACAO | R\$ 1.020,00 | R\$ 5.100,00 |
| 24 | RESSONANCIA MAGNETICA ARTICULAR COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 25 | RESSONANCIA MAGNETICA COM ESPECTROSCOPIA COM SEDACAO | R\$ 456,00 | R\$ 2.280,00 |
| 26 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 27 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL COM SEDACAO | R\$ 1.760,00 | R\$ 8.800,00 |
| 28 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - BILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 29 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA -ARTICULACOES SACROILIACAS- COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 30 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 31 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 32 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 33 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 52.800,00 |
| 34 | RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE-INCLUI SEIOS DA FACE- COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 35 | RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 36 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 37 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 38 | RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS - BILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 39 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PELVE - NAO INCLUI ART COXOFEMORAIS COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 40 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 41 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 42 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 43 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 44 | RESSONÂNCIA MIOCÁRDICA | R\$ 810,00 | R\$ 8.100,00 |
| 45 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL COM ENTERORRESSONANCIA | R\$ 1.044,00 | R\$ 10.440,00 |
| 46 | DEFECO RESSONÂNCIA | R\$ 753,00 | R\$ 3.765,00 |
| 47 | CONTRASTE HEPATOESPECÍFICO | R\$ 440,00 | R\$ 2.200,00 |
| | | | R\$ 1.704.805,00 |

ANEXO XVII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CALCIO COM OU SEM CONTRASTE | R\$ 2.120,00 | R\$ 84.800,00 |
| 2 | ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA - ANGIO | R\$ 1.060,00 | R\$ 31.800,00 |
| 3 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN | R\$ 270,00 | R\$ 10.800,00 |
| 4 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA SEM SEDACAO | R\$ 752,00 | R\$ 15.040,00 |
| 5 | ANGIOTOMOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL SEM SEDACAO | R\$ 752,00 | R\$ 7.520,00 |
| 6 | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX | R\$ 752,00 | R\$ 75.200,00 |
| 7 | CONTRASTE ADICIONAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 110,00 | R\$ 165.000,00 |
| 8 | ELASTOGRAFIA HEPATICA | R\$ 710,00 | R\$ 14.200,00 |
| 9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - FIGADO, BACO PANCREAS E RINS | R\$ 217,00 | R\$ 32.550,00 |
| 10 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR + ABDOMEN INFERIOR) | R\$ 388,00 | R\$ 582.000,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| 11 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES (ESTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACRO ILIACAS) | R\$ 187,00 | R\$ 18.700,00 |
| 12 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA | R\$ 62,00 | R\$ 6.200,00 |
| 13 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 160,00 | R\$ 48.000,00 |
| 14 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 157,00 | R\$ 94.200,00 |
| 15 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA TORÁCICA (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 163,00 | R\$ 16.300,00 |
| 16 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 161,00 | R\$ 64.400,00 |
| 17 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA MAXILAR | R\$ 144,00 | R\$ 1.440,00 |
| 18 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS | R\$ 144,00 | R\$ 14.400,00 |
| 19 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE, BACIA E ABDOMEN INFERIOR | R\$ 217,00 | R\$ 43.400,00 |
| 20 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) | R\$ 144,00 | R\$ 14.400,00 |
| 21 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX | R\$ 214,00 | R\$ 428.000,00 |
| 22 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS | R\$ 146,00 | R\$ 292.000,00 |
| 23 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO | R\$ 146,00 | R\$ 14.600,00 |
| 24 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RENAL | R\$ 333,00 | R\$ 3.330,00 |
| 25 | TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS PET-CT | R\$ 4.010,00 | R\$ 40.100,00 |
| 26 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO COM SEDAÇÃO | R\$ 1.058,00 | R\$ 10.580,00 |
| 27 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO | R\$ 745,00 | R\$ 3.725,00 |
| 28 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL COM SEDAÇÃO | R\$ 704,00 | R\$ 3.520,00 |
| 29 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COM SEDAÇÃO | R\$ 540,00 | R\$ 2.700,00 |
| 30 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA COM SEDAÇÃO | R\$ 540,00 | R\$ 2.700,00 |
| 31 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA COM SEDAÇÃO | R\$ 360,00 | R\$ 1.800,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 32 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 33 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 34 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 35 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE COM SEDAÇÃO | R\$ 518,00 | R\$ 2.590,00 |
| 36 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS COM SEDAÇÃO | R\$ 559,00 | R\$ 2.795,00 |
| 37 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU ABDOMEN INFERIOR COM SEDAÇÃO | R\$ 845,00 | R\$ 4.225,00 |
| 38 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES COM SEDAÇÃO | R\$ 559,00 | R\$ 2.795,00 |
| 39 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM SEDAÇÃO | R\$ 586,00 | R\$ 2.930,00 |
| 40 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS COM SEDAÇÃO | R\$ 542,00 | R\$ 10.840,00 |
| 41 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO COM SEDAÇÃO | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 42 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 332,00 | R\$ 99.600,00 |
| 43 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 214,00 | R\$ 32.100,00 |
| 44 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 150,00 | R\$ 75.000,00 |
| 45 | ENTERO POR TC DE ABDOMEN TOTAL | R\$ 984,00 | R\$ 19.680,00 |
| 46 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO | R\$630,00 | R\$ 6.200,00 |
| | | | R\$ 2.408.100,00 |

ANEXO XVIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|-------------|
|------|-----------------------|----------------|-------------|

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 1 | DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL | R\$ 150,00 | R\$ 60.000,00 |
| 2 | DUPLEX SCAN DE AORTA ILIACA | R\$ 153,00 | R\$ 3.060,00 |
| 3 | DUPLEX SCAN DE ARTERIAS RENAIAS | R\$ 142,00 | R\$ 2.130,00 |
| 4 | DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS | R\$ 165,00 | R\$ 33.000,00 |
| 5 | DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS | R\$ 165,00 | R\$ 1.650,00 |
| 6 | DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL | R\$ 142,00 | R\$ 213.000,00 |
| 7 | TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSAO | R\$ 450,00 | R\$ 112.500,00 |
| 8 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL | R\$ 3.050,00 | R\$ 91.500,00 |
| 9 | ARTERIOGRAFIA DE 1 MEMBRO | R\$ 2.350,00 | R\$ 70.500,00 |
| 10 | ARTERIOGRAFIA DE 2 MEMBROS | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |
| 11 | <p>ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE 01 STENT. Observações: O valor do serviço hospitalar é um pacote, apenas para o procedimento descrito neste documento;</p> <p>- Itens inclusos no Serviço Hospitalar: 1 Diária de UTI, 1 Diária de Enfermaria, Taxas de Hemodinâmica, Instrumentais Cirúrgicos, Gases, Materiais Descartáveis e Medicamentos inerentes ao procedimento sem complicações, Honorários Médicos e OPME (1 Stent);</p> <p>- O pacote não contempla: mais de 1 stent, intercorrências clínicas que gerem outro procedimento ou internação com diárias excedente.</p> | R\$ 10.350,00 | R\$ 310.500,00 |
| 12 | <p>ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE 02 STENT. Observações: O valor do serviço hospitalar é um pacote, apenas para o procedimento descrito neste documento;</p> <p>- Itens inclusos no Serviço Hospitalar: 1 Diária de UTI, 1 Diária de Enfermaria, Taxas de Hemodinâmica, Instrumentais Cirúrgicos, Gases, Materiais Descartáveis e Medicamentos inerentes ao procedimento sem complicações; Honorários Médicos e OPME (2 Stent);</p> <p>- O pacote não contempla: mais de 2 stent, intercorrências clínicas que gerem outro procedimento ou internação com diárias excedente.</p> | R\$ 13.450,00 | R\$ 403.500,00 |
| 13 | ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDAS | R\$ 22.037,00 | R\$ 220.370,00 |
| 14 | ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDA | R\$ 2.900,00 | R\$ 87.000,00 |
| 15 | ARTERIOGRAFIA RENAL | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |

| 16 | AORTA ABDOMINAL/MESENTÉRICA/PÉLVICA | R\$ 2.680,00 | R\$ 80.400,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| 17 | AORTOGRAFIA MAIS ARTERIOGRAFIA DE MMII | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |
| | | | R\$ 1.936.610,00 |
| ANEXO XIX | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL | R\$ 102,00 | R\$ 153.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO | R\$ 83,00 | R\$ 9.960,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL | R\$ 165,00 | R\$ 132.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS | R\$ 83,00 | R\$ 24.900,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS | R\$ 83,00 | R\$ 24.900,00 |
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA | R\$ 104,50 | R\$ 10.450,00 |

| | NUCAL | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 15 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO | R\$ 104,50 | R\$ 5.225,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRAMA DE PARÓTIDAS | R\$ 92,00 | R\$ 920,00 |
| 18 | ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 19 | ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA | R\$ 92,00 | R\$ 920,00 |
| 20 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO | R\$ 152,00 | R\$ 22.800,00 |
| 21 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO | R\$ 152,00 | R\$ 76.000,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO | R\$ 178,00 | R\$ 26.700,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRAMA RENAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 1.680,00 |
| 34 | CORE BIOPSY | R\$ 189,00 | R\$ 9.450,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA E ANESTESIA | R\$ 756,70 | R\$ 151.340,00 |
| 36 | ULTRASSONOGRAMA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 7.120,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 37 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTRÉTRICO COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 260,00 | R\$ 10.400,00 |
| 38 | ULTRASSONOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 283,00 | R\$ 11.320,00 |
| 39 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 7.120,00 |
| | | | R\$ 948.895,00 |

ANEXO XX

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO)

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 112,00 | R\$ 168.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 73.600,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 175,00 | R\$ 175.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 64.400,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 46.000,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 36.800,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 92.000,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 115,00 | R\$ 11.500,00 |
| 15 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 115,00 | R\$ 11.500,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 102,00 | R\$ 5.100,00 |
| 18 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 102,00 | R\$ 10.200,00 |
| 19 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 150,00 | R\$ 1.500,00 |
| 20 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 172,00 | R\$ 34.400,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 21 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 172,00 | R\$ 17.200,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 14.350,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRAMA RENAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 198,40 | R\$ 5.952,00 |
| 34 | ULTRASSONOGRAMA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 208,00 | R\$ 6.240,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRAMA OBSTRÉTRICO COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 288,00 | R\$ 14.400,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 36 | ULTRASSONOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 313,00 | R\$ 15.650,00 |
| 37 | ULTROSSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| | | | R\$ 1.013.192,00 |

ANEXO XXI

EXAME A SER REALIZADO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: DIAGNÓSTICO EM DERMATOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-------------------------------|----------------|---------------------|
| 1 | TESTE DE CONTATO - PATH TESTE | R\$ 170,00 | R\$ 1.700,00 |
| | | | R\$ 1.700,00 |

ANEXO XXII

CIRURGIAS UROLÓGICAS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO

Grupo: CIRURGIAS UROLÓGICAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | LITOTRIPSIA - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.500,00 | R\$ 7.500,00 |
| 2 | LITOTRIPSIA + IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO J - valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 2.500,00 | R\$ 12.500,00 |
| 3 | URETERORRENOLITOTRIPSIA FELXÍVEL + IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 5.000,00 | R\$ 25.000,00 |
| 4 | URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 4.500,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | TROCA DE CATÉTER DUPLO J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.700,00 | R\$ 17.000,00 |
| | | | R\$ 84.500,00 |

ANEXO XXIII

CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO

Grupo: CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + TURBINECTOMIA BILATERAL (30501458)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO | R\$6.480,00 | R\$ 32.400,00 |
| 2 | SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502314) + SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502349) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA UNILATERAL (30501199)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO | R\$ 7.530,00 | R\$ 37.650,00 |
| 3 | SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502292) +ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502314) +SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502349) + SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA | R\$ 8.636,00 | R\$ 43.180,00 |
| | | | R\$ 113.230,00 |

ANEXO XXIV

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA - SESSÕES | R\$ 350,00 | R\$ 52.500,00 |
| | | | R\$ 52.500,00 |

ANEXO XXV

PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO).

Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | INFILTRACAO COM TRIANCIL - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ LEVAR O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 20.000,00 |
| 2 | INFILTRACAO ARTICULAR - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ LEVAR O MEDICAMENTO) | R\$200,00 | R\$ 20.000,00 |
| | | | R\$ 40.000,00 |

ANEXO XXVI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES OTORRINO E FONOAUDIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------|----------------|----------------------|
| 7 | FIBRONASOLARINGOSCOPIA | R\$140,00 | R\$ 70.000,00 |
| 14 | VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA | R\$150,00 | R\$ 7.500,00 |
| 15 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$145,00 | R\$ 7.250,00 |
| | | | R\$ 84.750,00 |

ANEXO XXVII

PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO).

Grupo: EXAMES REUMATOLÓGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------|----------------|---------------------|
| 1 | CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL | R\$432,50 | R\$ 4.325,00 |
| | | | R\$ 4.325,00 |

ANEXO XXVIII

PROCEDIMENTOS ANGIOLÓGICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO).

Grupo: EXAMES ANGIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | Duplex Scan Arterial - Unilateral | R\$165,00 | R\$ 33.000,00 |
| 2 | Duplex Scan De Aorta Iliaca | R\$153,00 | R\$ 1.530,00 |
| 3 | Duplex Scan De Arterias Renais | R\$142,00 | R\$ 2.840,00 |
| 4 | Duplex Scan De Carotidas E Vertebrais | R\$192,00 | R\$ 9.600,00 |

| 5 | Duplex Scan Vasos Cervicais | R\$192,00 | R\$ 1.920,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 6 | Duplex Scan Venoso - Unilateral | R\$142,00 | R\$ 85.200,00 |
| 7 | Sessão De Escleroterapia Com Espuma (O Médico Deverá Trazer O Medicamento) | R\$490,00 | R\$ 73.500,00 |
| | | | R\$ 207.590,00 |
| ANEXO XXIX | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: Aplicação de medicamento intravenoso | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | Aplicação de Infusão de medicamento | R\$300,00 | R\$ 9.000,00 |
| | | | R\$ 9.000,00 |
| VALOR TOTAL DO CREDENCIAMENTO | | | R\$ 22.946.344,58 |

Valor total do credenciamento **R\$ 22.946.344,58** (vinte e dois milhões e novecentos e quarenta e seis mil e trezentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos.).

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025**

ANEXO XXX

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Empresa:

CNPJ:

| NOME DO PROFISSIONAL | ESPECIALIDADE |
|----------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Observação: Preencher apenas com as informações dos profissionais que realizarão os atendimentos.

Itabira, de de 2025.

.....
Assinatura (representante legal da empresa)

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025**

ANEXO XXXI

DADOS COMPLEMENTARES

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| Nome da Empresa: | | |
| CNPJ: | | |
| CNES - Cadastro nacional do estabelecimento de saúde | | |
| Profissional (nome completo) : | | |
| Data nascimento: | | |
| Filiação | Pai: | |
| | Mãe: | |
| CNS - Cadastro nacional de saúde | | |
| C.P.F.: | | |
| Telefone: | | |
| Whatsapp: | | |
| Registro no Conselho Profissional (Informar nº e órgão emissor - CRM/CRO/CREFITO/CR EFONO e outros) | | |
| CBO - código brasileiro de ocupações | | |
| Email: | | |
| Local de Atendimento (endereço completo): | | |
| Doc. De Identidade (Nº/UF/Naturalidade) | | |
| Carga horária semanal: | | |

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Observação: Preencher 01 (um) formulário para cada profissional.

..... de de 2025.

Assinatura do Representante Legal

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

ANEXO XXXII

MODELO DE PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, a *(razão social da empresa)*, com sede *(inserir o endereço completo da empresa)* inscrita no CNPJ/ MF sob o nº *(inserir o nº do CNPJ da empresa)*, nomeia e constitui seu bastante procurador (a) o(a) Sr. (a) *(inserir o nome do representante)* portador (a) da cédula de identidade *(inserir nº RG)*, e CPF *(inserir nº CPF)*, a quem confere amplos poderes para representar perante ao CISCEL, no CREDENCIAMENTO nº 001/2025 está autorizado a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da empresa, desistir e interpor recursos, rubricar documentos e assinar atas, prestar todos os esclarecimentos solicitados pela Presidente da CPL, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome da outorgante.

....., de de 2025.

Assinatura (representante legal da empresa)

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

ANEXO XXXIII

TERMO DE REFERÊNCIA

1 - SETOR SOLICITANTE

Coodenação de Faturamento.

2 - OBJETO

Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento aos municípios consorciados.

3 - JUSTIFICATIVA

A contratação de pessoas jurídicas especializadas para a realização de exames médicos de baixa, média e alta complexidade visa garantir o acesso eficiente e de qualidade à saúde para os pacientes oriundos dos municípios consorciados, com finalidade diagnóstica, resultando no tratamento de doenças, além de oferecer bem estar físico, mental e social. Responder as solicitações dos secretários de saúde dos municípios consorciados dando vazão na demanda dos exames.

Os atendimentos poderão ser realizados no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos 12 municípios consorciados sendo eles Barão de Cocais, Bom Jesus, Ferros, Itambé do Mato Dentro, zona rural de Itabira, Morro do Pilar, Passabém, Santa Bárbara, Santa Maria de Itabira, Santo Antônio do Rio Abaixo, São Gonçalo do Rio Abaixo e São Sebastião do Rio Preto. Ressalto que nas unidades de atendimento em Itabira serão apenas na zona rural, conforme título dos anexos.

4 - PRAZO DE CONTRATAÇÃO

Os contratos terão validade até 24/02/2026 e poderão ser prorrogados de acordo com a Lei Federal nº 14.133/21.

5 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

5.1 - Dar plena e eficaz execução ao serviço CONTRATADO, garantindo o máximo de segurança aos usuários da assistência do CONTRATANTE;

5.2 - Sujeitar-se a ampla e irrestrita fiscalização por parte da Contratante ou outro órgão competente por ele indicado, que terá em vista impor rigorosa fiscalização da execução do presente ajuste;

5.3 - Fornecer ao preposto credenciado do Contratante, mensalmente, o Mapa de Atendimento individual devidamente ratificado pela CONTRATADA, pelo Secretário de Saúde do município consorciado e pelo responsável pelas respectivas unidades de saúde onde o serviço será prestado;

5.4 - Executar os serviços segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;

5.5 - Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

5.6 - Assumir total responsabilidade, pela perfeição e qualidade do serviço CONTRATADO, assim como responder pelos danos causados ao CONTRATANTE ou a Terceiros, decorrentes da má execução dos serviços contratados;

5.7 - Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao Contratante, o respectivo pagamento.

5.8 - Arcar com a despesa decorrente de serviço de terceiro que lhe seja particularmente prestado, tais como enfermagem, recepção, limpeza, dentre outros;

5.9 - Capacitar os profissionais prestadores integrantes do seu quadro, instruindo-os acerca das normas e especificidades do atendimento;

5.10 - Desenvolver, fornecer, dimensionar e disponibilizar toda infraestrutura necessária à regular prestação dos serviços;

5.11 - Desenvolver diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação daqueles que se relacionem especificamente ao objeto do credenciamento, sob pena de rescisão do contrato, salvo prévia anuência do CISCEL;

5.12 - Comunicar à CPCA, por escrito e através de protocolo, mudança de local ou horário de atendimento aos pacientes, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias;

5.13 - Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;

5.14 - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

6 - OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1 - Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;

6.2 - fiscalizar a execução dos serviços contratados;

6.3 - impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

6.4 - efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços.

7 - PAGAMENTO

7.1 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado, à partir do 20º (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento;

7.1.1 - O CONTRATADO deverá encaminhar ao CISCEL até 02 (dois) dias após solicitação via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;

7.2 - A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| • Barão de Cocais | • Itabira | • Passabém | • São Gonçalo do Rio Abaixo |
| • Bom Jesus do Amparo | • Itambé do Mato Dentro | • Santo Antônio do Rio Abaixo | • Santa Maria de Itabira |
| • Ferros | • Morro do Pilar | • Santa Bárbara | • São Sebastião do Rio Preto |

7.3 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.

8 - PREÇOS PRATICADOS

8.1 - Os valores unitários dos exames especializados se baseiam na Portaria nº 008 de 27 de fevereiro de 2024 que regulamenta tabela de preços referenciais para consultas, exames e procedimentos no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste - CISCEL. Conforme Art. 2º “Os valores constantes na tabela de preços referenciais do CISCEL deverão ser utilizados nos procedimentos licitatórios, sendo desnecessárias novas consultas ao mercado”.

8.2 - O valor estimado para a contratação é de **R\$ 22.946.344,58** (vinte e dois milhões e novecentos e quarenta e seis mil e trezentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos.), conforme planejamento em anexo.

9 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1 - Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados preferencialmente pelo credenciado em consultório próprio do CONTRATADO, e, em certos casos na Sede do CONTRATANTE e nas unidades de atendimento dos 12 municípios consorciados. A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

9.2 - O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISCEL, através das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes os serviços dentro das especialidades, conforme anexo(s) constantes do edital.

9.3 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CISCEL, expedida individualmente, pelos Secretários Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

9.4 - Os atendimentos poderão ser realizados no consultório próprio do CISCEL, consultório próprio do contratado e nas unidades de atendimento dos 12 municípios consorciados sendo eles Barão de Cocais, Bom Jesus, Ferros, Itambé do Mato Dentro, zona rural de Itabira, Morro do Pilar, Passabém, Santa Bárbara, Santa Maria de Itabira, Santo Antônio do Rio Abaixo, São Gonçalo do Rio Abaixo e São Sebastião do Rio Preto. Ressalto que nas unidades de atendimento em Itabira serão apenas na zona rural, conforme título dos anexos.

10 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da contratação correrão por conta da dotação orçamentária abaixo:

Ficha Funcional n.º: 01002.1030210022.003 - Manutenção Atividade Ambulatorial - Contratos Clínicas.

Elemento de despesa n.º: 33903900000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

Fonte n.º: 16590

Ficha n.º: 39

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Itabira, 1º de dezembro de 2025.

Daiane Ferreira Chaves Avelar
Secretária Executiva

ANEXO I DO TERMO DE REFERÊNCIA

REGRAS PARA FATURAMENTO 2025.

1 - Obrigações do prestador de serviços:

- I. O prestador de serviços deverá acessar o sistema do CISCEL (iconsorcio) para faturamento online e emissão de relatório. (Caso não tenha login, deverá entrar em contato com o setor de faturamento através do e-mail faturamento2018@ciscel.mg.gov.br ou pelo telefone 3831-3555).
- II. O prestador de serviços deverá, no prazo máximo de 2 (dois) dias corridos após o atendimento, deverá acessar o sistema e confirmar a presença do paciente. Após esse prazo, o sistema efetua o bloqueio automático da guia, sem qualquer possibilidade de alteração.
- III. O prestador de serviços deverá enviar para o CISCEL todas as guias atendidas dentro de sua respectiva competência. Guias enviadas em atraso, serão faturadas no próximo período.
- IV. O prestador não poderá realizar procedimentos sem estar em contrato. Portanto, procedimentos que fizerem sem previa contratual poderão sofrer glosas.

2 - Orientações sobre a padronização das guias de atendimento:

- I. As guias deverão ser, obrigatoriamente, anexadas ao pedido médico. As guias deverão ser entregues ao CISCEL, obedecendo o cronograma de faturamento.
- II. CRONOGRAMA DE FATURAMENTO - 2025.
- III. As guias deverão estar organizadas seguindo a mesma ordem do relatório de Faturamento.

IV. Enviar junto com as guias de atendimento, as certidões negativas do INSS, FGTS e Débitos trabalhistas (verificar a data de validade) conforme Cronograma em anexo para Avenida Duque de Caxias, nº850, Esplanada da Estação, Itabira - MG, CEP 35900-236 aos cuidados do Setor de Faturamento.

3 - Orientações durante o atendimento:

- I. O prestador de serviço deverá verificar e aceitar a guia de atendimento somente com todos os dados corretos - (dados do paciente e dados da clínica)
- II. A guia deverá ser assinada e carimbada pelo responsável do município.
- III. A guia deverá ser assinada pelo paciente.
- IV. O profissional de saúde responsável pelo atendimento deverá assinar e carimbar a guia.
- IV. O pedido médico deverá ter assinatura e carimbo e deverá estar anexado atrás da guia de atendimento.

Atenção: Todos os documentos devem estar com as devidas assinaturas e carimbos.

5 - Observações Importantes:

Todos os procedimentos que foram realizados sem a prévia autorização do município deverão o prestador solicitar ao município consorciado a emissão da guia com a autorização dos procedimentos realizados.

Se a guia de atendimento estiver divergente ao pedido médico, solicitar ao município a edição da guia no sistema conforme a necessidade.

Para exames que necessitem de contraste - enviar a receita ou a folha de sala que comprove o uso. Para exames de endoscopia/colonoscopia que necessite a polipectomia e/ou outros procedimentos e OPMES - Enviar laudo de comprovação e relatório do que foi realizado.

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Atenção: Todos os procedimentos que não estiveram de acordo ao pedido do médico e/ou não consta no pedido do médico e precisou ser realizado o prestador deve solicitar a guia com a devida autorização para o município a qual o paciente pertence. As solicitações deverão ser realizadas para o mesmo contato do município que realizou o agendamento.

As orientações constantes neste documento servirão como ação preventiva no intuito de evitarmos atrasos no faturamento e possíveis glosas por parte do CISCEL e dos município consorciados.

6 - Emissão da Nota fiscal após o recebimento do relatório pelo faturamento/Ciscel.

O Faturamento será realizado mediante a validação das guias encaminhadas ao ciscel conforme o período estipulado no anexo III.

Ao final da validação das guias, será emitido o relatório analítico referente ao serviço prestado e enviado por e-mail, juntamente com a solicitação da emissão da nota fiscal. Tendo o prestador até **5 dias úteis** para realizarem a conferência do relatório recebido e a emitir a Nota Fiscal.

Nota 1: Os questionamentos deverão ser feitos antes da emissão da Nota Fiscal. No ato de emissão da Nota Fiscal, o prestador declara que está de acordo com o relatório analítico do serviço prestado.

Nota 2: Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que os contratados providenciem as correções necessárias solicitadas pelo CONTRATANTE.

CRONOGRAMA DE FECHAMENTO DO FATURAMENTO - 2025

| COMPETÊNCIA | | LIMITE DE ENTREGA DAS GUIAS |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| JANEIRO | 26/12/2024 A 25/01/2025 | 29/01/2025 |
| FEVEREIRO | 26/01/2025 A 25/02/2025 | 27/02/2025 |
| MARÇO | 26/02/2025 A 25/03/2025 | 27/03/2025 |
| ABRIL | 26/03/2025 A 25/04/2025 | 29/04/2025 |
| MAIO | 26/04/2025 A 25/05/2025 | 27/05/2025 |
| JUNHO | 26/05/2025 A 25/06/2025 | 27/06/2025 |
| JULHO | 26/06/2025 A 25/07/2025 | 29/07/2025 |
| AGOSTO | 26/07/2025 A 25/08/2025 | 27/08/2025 |
| SETEMBRO | 26/08/2025 A 25/09/2025 | 29/09/2025 |
| OUTUBRO | 26/09/2025 A 25/10/2025 | 28/10/2025 |
| NOVEMBRO | 26/10/2025 A 25/11/2025 | 27/11/2025 |
| DEZEMBRO | 26/11/2025 A 25/12/2025 | 28/12/2025 |
| OBS: PERÍODO DE DEZEMBRO PODERÁ SOFRER ALTERAÇÃO | | |

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

| ANEXO I | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO DURANTE A REFORMA DO BLOCO CIRURGICO DO CISCEL | | | |
| Grupo: PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor unitário | Valor total |
| 1 | FACOEMULCIFICAÇÃO COM LENTE INTRAOCULAR POR OLHO (LIO) E ANESTESISTA (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 927,00 | R\$ 648.900,00 |
| 2 | APLICAÇÃO DE TRIANCINOLONA (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 460,00 | R\$ 4.600,00 |
| 3 | CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 3.450,00 | R\$ 690.000,00 |
| 4 | EXERESE DE CALÁZIO MONOCULAR - (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 150,00 | R\$ 3.000,00 |
| 5 | EXERESE DE CISTO MOLL - MONOCULAR (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 405,00 | R\$ 4.050,00 |
| 6 | EXERESE DE NÓDULOS PALPEBRAL MONOCULAR (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 405,00 | R\$ 4.050,00 |
| 7 | INJECAO DE AVASTIM - POR APLICAÇÃO (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med). | R\$ 621,00 | R\$ 124.200,00 |
| 8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 12.000,00 |
| | | | R\$ 1.490.800,00 |
| ANEXO II | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL | | | |
| Grupo: EXAMES OFTALMOLOGICOS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | | Valor total |
| 1 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR | R\$ 94,08 | R\$ 56.448,00 |
| 2 | ECOBIMETRIA A - MONOCULAR | R\$ 30,00 | R\$ 15.000,00 |
| 3 | ECOBIMETRIA B - MONOCULAR | R\$ 40,00 | R\$ 16.000,00 |
| 4 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA BINOCULAR | R\$ 55,00 | R\$ 11.000,00 |
| | | | R\$ 98.448,00 |

| ANEXO III | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL | | | |
| Grupo: EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | | Valor total |
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR, RINS, PÂNCREAS, BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL | R\$92,00 | R\$ 92.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO BRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, OMBRO, QUADRIL, FEMUR, PERNA, JOELHO, PANTURRILHA, TORNOZELO, PE, TENDÃO. | R\$ 72,00 | R\$ 72.000,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL | R\$ 140,00 | R\$ 112.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS | R\$ 72,00 | R\$ 10.800,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS, URETERES BEXIGA | R\$ 72,00 | R\$ 28.800,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS | R\$ 72,00 | R\$ 14.400,00 |
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO, OVÁRIOS, TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO | R\$ 72,00 | R\$ 10.800,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO | R\$ 72,00 | R\$ 36.000,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO | R\$ 72,00 | R\$ 72.000,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO + TRANSLUCENCIA NUCAL | R\$ 94,50 | R\$ 9.450,00 |
| 15 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO | R\$ 94,50 | R\$ 9.450,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 72,00 | R\$ 3.600,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS | R\$ 82,00 | R\$ 1.640,00 |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 18 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR | R\$ 72,00 | R\$ 7.200,00 |
| 19 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO | R\$ 140,00 | R\$ 28.000,00 |
| 20 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO | R\$ 142,00 | R\$ 28.400,00 |
| 21 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 16.800,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO | R\$ 168,00 | R\$ 25.200,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 16.800,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER | R\$ 157,00 | R\$ 7.850,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 72,00 | R\$ 2.160,00 |
| 34 | ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 5.040,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 238,00 | R\$ 11.900,00 |
| 36 | ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 283,00 | R\$ 14.150,00 |
| 37 | ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| 38 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 8.400,00 |
| | | | R\$ 735.800,00 |

ANEXO IV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES ANGIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL | R\$ 112,00 | R\$ 56.000,00 |
| 2 | DUPLEX SCAN DE AORTA ILIACA | R\$ 110,00 | R\$ 2.200,00 |
| 3 | DUPLEX SCAN DE ARTERIAS RENAIIS | R\$ 100,00 | R\$ 5.000,00 |
| 4 | DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS | R\$ 143,00 | R\$ 35.750,00 |
| 5 | DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS | R\$ 143,00 | R\$ 1.430,00 |
| 6 | DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL | R\$ 100,00 | R\$ 150.000,00 |
| 7 | TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSÃO (o médico deverá trazer a medicação) | R\$ 430,00 | R\$ 43.000,00 |
| | | | R\$ 293.380,00 |

ANEXO V

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: CINTILOGRAFIAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C GALIO 67 | R\$ 470,00 | R\$ 2.350,00 |
| 2 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C OU S FLUXO SANGUINEO CORPO INTEIRO | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 3 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | R\$ 335,00 | R\$ 1.675,00 |
| 4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO MINIMO 2 PROJECCOES | R\$ 138,00 | R\$ 2.760,00 |
| 5 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO MINIMO 4 PROJECCOES | R\$ 147,00 | R\$ 2.940,00 |
| 6 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C OU S CAPTACAO | R\$ 99,00 | R\$ 990,00 |
| 7 | CINTILOGRAFIA MIOCARDICA ESFORCO REPOUSO | R\$ 801,00 | R\$ 240.300,00 |
| 8 | CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA | R\$ 219,00 | R\$ 6.570,00 |
| 9 | CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA | R\$ 145,00 | R\$ 4.350,00 |
| 10 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ 151,00 | R\$ 1.510,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 11 | TRATAMENTO C/ IODO 131 PARA HIPERTIROIDISMO GRAVES | R\$ 756,00 | R\$ 3.780,00 |
| 12 | CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO | R\$ 466,00 | R\$ 4.660,00 |
| | | | R\$ 282.135,00 |

ANEXO VI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES CARDIOLÓGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| 1 | CATETERISMO CARDIACO - MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE | R\$ 1.400,00 | R\$ 140.000,00 |
| 2 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (ESFORÇO) | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |
| 3 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO | R\$ 298,00 | R\$ 44.700,00 |
| 4 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | R\$ 339,00 | R\$ 6.780,00 |
| 5 | ECOCARDIOGRAMA FETAL | R\$ 319,00 | R\$ 6.380,00 |
| 6 | ECODOPLERCARDIOGRAMA | R\$ 126,00 | R\$ 252.000,00 |
| 7 | ECODOPLERCARDIOGRAMA INFANTIL | R\$ 213,00 | R\$ 42.600,00 |
| 8 | ELETROCARDIOGRAMA - ECG | R\$ 30,00 | R\$ 9.000,00 |
| 9 | LAUDO DE ECG | R\$ 6,00 | R\$ 12.000,00 |
| 10 | MAPA | R\$ 103,00 | R\$ 72.100,00 |
| 11 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS | R\$ 103,00 | R\$ 103.000,00 |
| 12 | TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 80,00 | R\$ 80.000,00 |
| 13 | CATETERISMO CARDIACO - MUNICÍPIO DE ITABIRA | R\$ 2.000,00 | R\$ 300.000,00 |
| | | | R\$ 1.071.560,00 |

ANEXO VII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES ENDOSCÓPICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE MAIS ANESTESIA (PRESENÇA DO | R\$ 666,67 | R\$ 200.001,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| | MÉDICO ANESTESISTA) | | |
| 2 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA E TESTE DE UREASE MAIS RETIRADA DE CORPO ESTRANHOS | R\$ 950,00 | R\$ 19.000,00 |
| 3 | POLIPECTOMIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 733,33 | R\$ 146.666,00 |
| 4 | TERMOCOAGULAÇÃO PARA ENDOSCOPIA | R\$ 2.216,67 | R\$ 22.166,70 |
| 5 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL | R\$ 283,33 | R\$ 28.333,00 |
| 6 | PH METRIA ESOFÁGICA | R\$ 400,00 | R\$ 20.000,00 |
| 7 | MANOMETRIA ESOFÁGICA | R\$ 400,00 | R\$ 24.000,00 |
| 8 | DILATAÇÃO ESOFÁGICA DO ESFINCTER INFERIOR COM BALÃO | R\$ 2.453,00 | R\$ 12.265,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM PUNÇÃO | R\$ 5.040,00 | R\$ 25.200,00 |
| 10 | LIGADURA ELÁSTICA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.998,00 | R\$ 59.940,00 |
| 11 | COLONOSCOPIA COM BIOPSIA | R\$ 840,00 | R\$ 588.000,00 |
| 12 | COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA | R\$ 1.560,00 | R\$ 780.000,00 |
| 13 | COLONOSCOPIA COM TATUAGEM | R\$ 1.320,00 | R\$ 26.400,00 |
| 14 | CROMOSCOPIA PARA COLONOSCOPIA | R\$ 480,00 | R\$ 4.800,00 |
| 15 | CROMOSCOPIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 720,00 | R\$ 14.400,00 |
| 16 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM HEMOSTASIA MECÂNICA | R\$ 1.440,00 | R\$ 14.400,00 |
| 17 | ENDOSCOPIA COM TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA | R\$ 1.380,00 | R\$ 27.600,00 |
| 18 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE URGÊNCIA | R\$ 473,00 | R\$ 70.950,00 |
| 19 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOSPIA E TESTE DE UREASE | R\$ 323,00 | R\$ 646.000,00 |
| 20 | ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA COM PASSAGEM DE SNE OU PASSAGEM DE SONDA VIA ENDOSCÓPICA | R\$ 1.220,00 | R\$ 12.200,00 |
| 21 | ESCLEROTERAPIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.518,00 | R\$ 15.180,00 |
| 22 | GASTROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE BUTTON | R\$ 3.480,00 | R\$ 69.600,00 |
| 23 | GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA | R\$3.000 | R\$ 60.000,00 |
| 24 | HEMOSTASIA DO CÓLON | R\$ 1.920,00 | R\$ 96.000,00 |
| 25 | MAGNIFICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA | R\$ 480,00 | R\$ 4.800,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| 26 | MAGNIFICAÇÃO PARA ENDOSCOPIA | R\$ 826,60 | R\$ 16.532,00 |
| 27 | MUCOSECTOMIA PARA COLONOSCOPIA | R\$ 1.666,00 | R\$ 66.640,00 |
| 28 | MUCOSECTOMIA PARA ENDOSCOPIA | R\$ 1.500,00 | R\$ 15.000,00 |
| 29 | OPME - (Aguilha injetora) para exame de colonoscopias e endoscopias | R\$ 337,00 | R\$ 16.850,00 |
| 30 | OPME - (Alça) para exame colonoscopia e endoscopia com polipectomia | R\$ 229,00 | R\$ 91.600,00 |
| 31 | OPME - (Clip) para exame de colonoscopia e endoscopia com polipectomia | R\$ 329,00 | R\$ 49.350,00 |
| 32 | OPME - (Endolop de Nylon) para exame de Colonoscopia | R\$ 229,00 | R\$ 4.580,00 |
| 33 | RETIRADA DE SONDA DE GASTROSTOMIA | R\$ 240,00 | R\$ 2.400,00 |
| 34 | TERMOCOAGULAÇÃO PARA COLONOSCOPIA | R\$ 2.400,00 | R\$ 72.000,00 |
| 35 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA SUPERCRESCEMENTO BACTERIANO | R\$ 180,00 | R\$ 5.400,00 |
| 36 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA CADA TIPO DE CARBOIDRATO | R\$ 180,00 | R\$ 3.600,00 |
| 37 | TESTE RESPIRATÓRIO PARA INTOLERÂNCIA A FRUTOSE | R\$ 343,33 | R\$ 6.866,60 |
| 38 | COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETÓGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE | R\$ 12.500,00 | R\$ 62.500,00 |
| 39 | MANOMETRIA ANORRETAL | R\$ 900,00 | R\$ 4.500,00 |

R\$ 3.405.720,30

ANEXO VIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES E PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ACUIDADE VISUAL - PAM | R\$ 39,00 | R\$ 780,00 |
| 2 | ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA - RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 200,00 | R\$ 140.000,00 |
| 3 | APLICAÇÃO DE EYLIA - (valor inclui MAT/MED) | R\$ 3.100,00 | R\$ 248.000,00 |
| 4 | BIOMETRIA OPTICA MONOCULAR | R\$ 100,00 | R\$ 2.000,00 |
| 5 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA/CAMPO VISUAL BINOCULAR | R\$ 56,00 | R\$ 28.000,00 |
| 6 | CAMPO VISUAL MANUAL | R\$ 80,00 | R\$ 800,00 |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| 7 | CICLOCRIOTERAPIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.500,00 | R\$ 17.500,00 |
| 8 | CIRURGIA DE CORRECAO DE TRIQUIASE MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.800,00 | R\$ 9.000,00 |
| 9 | CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.500,00 | R\$ 35.000,00 |
| 10 | CIRURGIA DE REVISÃO DE TRABECULECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 2.500,00 | R\$ 25.000,00 |
| 11 | CIRURGIA DE TRABECULECTOMIA + MITOMICINA C MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.800,00 | R\$ 18.000,00 |
| 12 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 4.350,00 | R\$ 43.500,00 |
| 13 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA E CATARATA + LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 5.350,00 | R\$ 267.500,00 |
| 13 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO E ENDOLASER MONOCULAR- Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 9.333,00 | R\$ 93.330,00 |
| 14 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO, ÓLEO DE SILICONE ENDOLASER MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 9.133,00 | R\$ 136.995,00 |
| 15 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.780,00 | R\$ 17.800,00 |
| 16 | CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 3.975,00 | R\$ 39.750,00 |
| 17 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO BINOCULAR | R\$ 76,00 | R\$ 38.000,00 |
| 18 | DACRIOCISTOGRAFIA | R\$ 600,00 | R\$ 3.000,00 |
| 19 | ELETROOCULOGRAMA MONOCULAR | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 |
| 20 | ELETORRETINOGRAMA MONOCULAR | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 |
| 21 | FOTOCOAGULACAO A LASER -SESSAO | R\$ 100,00 | R\$ 60.000,00 |
| 22 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER COM BLOQUEIO ANESTÉSICO MONOCULAR - Sessão | R\$ 850,00 | R\$ 85.000,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 23 | GONIOSCOPIA BINOCULAR | R\$ 56,00 | R\$ 22.400,00 |
| 24 | INJEÇÃO INTRAVÍTEA DE OZURDEX MONOCULAR - Valor incluso honorários médicos e Mat/Med | R\$ 4.562,00 | R\$ 91.240,00 |
| 25 | IRIDECTOMIA YAG A LASER DE YRIS MONOCULAR | R\$ 380,00 | R\$ 7.600,00 |
| 26 | MICROSCOPIA ESPECULAR MONOCULAR | R\$ 150,00 | R\$ 7.500,00 |
| 27 | OCT DA MACULA COM ANGIO-OCT SEM CONTRASTE - MONOCULAR | R\$ 280,00 | R\$ 5.600,00 |
| 28 | PAQUIMETRIA BINOCULAR | R\$ 68,00 | R\$ 34.000,00 |
| 29 | PENTACAM - BINOCULAR | R\$ 345,00 | R\$ 3.450,00 |
| 30 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$60,00 | R\$ 18.000,00 |
| 31 | SONDAGEM DE VIA LACRIMAL EM CRIANÇA MENOR DE 12 ANOS BINOCULAR | R\$ 3.100,00 | R\$ 15.500,00 |
| 32 | TESTE DE FUNCAO LACRIMAL BINOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 600,00 |
| 33 | TESTE DE LENTE BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 1.400,00 |
| 34 | TESTE DE LENTE MAIS TOPOGRAFIA DE CORNEA BINOCULAR | R\$ 150,00 | R\$ 1.500,00 |
| 35 | TESTE DE VISA0 DE CORES BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 700,00 |
| 36 | TOMOGRAFIA OCT - MONOCULAR | R\$ 120,00 | R\$ 180.000,00 |
| 37 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA BINOCULAR | R\$ 80,00 | R\$ 16.000,00 |
| 38 | TESTE ORTÓPTICO - BINOCULAR | R\$ 70,00 | R\$ 7.000,00 |
| 39 | OPME: OLOGEN PARA CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR | R\$ 1.700,00 | R\$ 17.000,00 |
| 40 | TESTE DE SOBRECARGA HÍDRICA | R\$ 100,00 | R\$ 500,00 |
| 41 | CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR COM IMPLANTE - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 13.500,00 | R\$ 67.500,00 |
| 42 | CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR SEM IMPLANTE - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 7.100,00 | R\$ 35.500,00 |
| 43 | CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR + PERFLUOCARBONO +ENDOLASER+ MENRANECTOMIA INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e mat/med. | R\$ 10.333,00 | R\$ 51.665,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 44 | CIRURGIA DE ESTRABISMO - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED. | R\$ 5.000,00 | R\$ 25.000,00 |
| 45 | APLICAÇÃO DE LUCENTIS | R\$ 2.498,00 | R\$ 249.800,00 |
| 46 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR | R\$ 110,00 | R\$ 550,00 |
| 47 | CIRURGIA DE IMPLANTE E REIMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR | R\$ 1.850,00 | R\$ 9.250,00 |
| 48 | CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR | R\$ 1.005,00 | R\$ 5.025,00 |
| 49 | CIRURGIA DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA MONOCULAR. VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED | R\$ 3.500,00 | R\$ 17.500,00 |
| 50 | INJECAO DE TOXINA BOTULINICA MONOCULAR | R\$ 1.580,00 | R\$ 7.900,00 |
| 51 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO MONOCULAR | R\$ 350,00 | R\$ 7.000,00 |
| 52 | CIRURGIA DE CATARATA COM RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE MONOCULAR- VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED | R\$ 4.000,00 | R\$ 20.000,00 |
| 53 | IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMO | R\$8.000,00 | R\$ 80.000,00 |
| 54 | IMPLANTE DE ANEL-INTRAESTROMOL | R\$8.000,00 | R\$ 80.000,00 |
| | | | R\$ 2.403.635,00 |

ANEXO IX

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES NEUROLÓGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | ELETROENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULACAO - EEG | R\$ 213,33 | R\$ 4.266,60 |
| 2 | ELETROENCEFALOGRAMA - EEG | R\$ 230,00 | R\$ 69.000,00 |
| 3 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA | R\$ 197,50 | R\$ 19.750,00 |
| 4 | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C MAPEAMENTO EEG | R\$ 253,33 | R\$ 5.066,60 |
| 5 | ELETRONEUROMIOGRAFIA - 2 MEMBROS | R\$ 300,00 | R\$ 75.000,00 |
| 6 | ELETRONEUROMIOGRAFIA - 4 MEMBROS | R\$ 600,00 | R\$ 30.000,00 |
| 7 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 8 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL BINOCULAR | R\$ 250,00 | R\$ 2.500,00 |
| 9 | TAP TESTE - AVALIAÇÃO DE POSSÍVEL RESPOSTA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL | R\$ 1.400,00 | R\$ 7.000,00 |
| | | | R\$ 215.583,20 |

ANEXO X

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES OTORRINO E FONOAUDIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | AUDIOMETRIA COMPLETA - TONAL VOCAL E IMPEDANCIOMETRIA | R\$ 85,00 | R\$ 42.500,00 |
| 2 | AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL | R\$ 47,25 | R\$ 14.175,00 |
| 3 | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | R\$ 25,00 | R\$ 250,00 |
| 4 | BERA (criança ou adulto) | R\$ 150,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | EMISSOES OTOACUSTICAS ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICIPIO | R\$ 15,00 | R\$ 1.500,00 |
| 6 | EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P TRIAGEM AUDITIVA TESTE DA ORELHINHA | R\$ 18,75 | R\$ 9.375,00 |
| 7 | FIBRONASOLARINGOSCOPIA | R\$ 153,50 | R\$ 76.750,00 |
| 8 | IMPEDANCIOMETRIA | R\$ 37,75 | R\$ 5.662,50 |
| 9 | POLISSONOGRAMIA ACIMA DE 18 ANOS | R\$ 450,00 | R\$ 67.500,00 |
| 10 | POLISSONOGRAMIA COM TESTE DE CPAP NASAL | R\$ 450,00 | R\$ 9.000,00 |
| 11 | PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL | R\$ 150,00 | R\$ 4.500,00 |
| 12 | TESTES VESTIBULARES | R\$ 74,00 | R\$ 14.800,00 |
| 13 | VIDEODEGLUTOGRAMA | R\$ 390,00 | R\$ 3.900,00 |
| 14 | VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA | R\$ 163,50 | R\$ 16.350,00 |
| 15 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$ 158,50 | R\$ 15.850,00 |
| | | | R\$ 304.612,50 |

ANEXO XI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES PNEUMOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | ESPIROMETRIA | R\$ 120,00 | R\$ 90.000,00 |
| 2 | BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA E/OU COM OU SEM ASPIRADO OU LAVABO BRONQUIO BILATERAL | R\$ 1.250,00 | R\$ 6.250,00 |
| | | | R\$ 96.250,00 |

ANEXO XII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES RADIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | VALOR UNITÁRIO |
|------|---------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | DENSITOMETRIA OSSEA | R\$ 122,00 | R\$ 244.000,00 |
| 2 | ESCANOMETRIA | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 3 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R\$ 150,00 | R\$ 3.000,00 |
| 4 | MAMOGRAFIA DIGITAL | R\$ 90,00 | R\$ 135.000,00 |
| 5 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO MINIMO DE 3 INCIDENCIAS | R\$ 18,36 | R\$ 183,60 |
| 6 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AP LATERAL LOCALIZADA | R\$ 12,88 | R\$ 128,80 |
| 7 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES AP | R\$ 14,34 | R\$ 286,80 |
| 8 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | R\$ 12,84 | R\$ 642,00 |
| 9 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR AP OBLIQUAS | R\$ 13,92 | R\$ 139,20 |
| 10 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 11 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 12 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | R\$ 15,54 | R\$ 466,20 |
| 13 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR | R\$ 15,54 | R\$ 155,40 |
| 14 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | R\$ 15,54 | R\$ 310,80 |
| 15 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - TORNOZELO | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 16 | RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL | R\$ 16,76 | R\$ 167,60 |

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| 17 | RADIOGRAFIA DE BACIA | R\$ 15,54 | R\$ 2.331,00 |
| 18 | RADIOGRAFIA DE BRACO | R\$ 15,54 | R\$ 310,80 |
| 19 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO | R\$ 13,00 | R\$ 1.300,00 |
| 20 | RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL HIRTZ | R\$ 13,76 | R\$ 206,40 |
| 21 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA | R\$ 14,80 | R\$ 740,00 |
| 22 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP LATERAL TO OBLIQUAS | R\$ 16,66 | R\$ 2.499,00 |
| 23 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 21,92 | R\$ 8.768,00 |
| 24 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA OU DORSAL AP LATERAL | R\$ 18,32 | R\$ 2.748,00 |
| 25 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | R\$ 19,46 | R\$ 2.919,00 |
| 26 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITORAX | R\$ 16,74 | R\$ 334,80 |
| 27 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | R\$ 11,80 | R\$ 590,00 |
| 28 | RADIOGRAFIA DE COXA | R\$ 17,88 | R\$ 894,00 |
| 29 | RADIOGRAFIA DE CRANIO PA LATERAL | R\$ 15,04 | R\$ 150,40 |
| 30 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO | R\$ 30,00 | R\$ 300,00 |
| 31 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO | R\$ 15,96 | R\$ 159,60 |
| 32 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO TRANSITO | R\$ 95,18 | R\$ 951,80 |
| 33 | RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL | R\$ 13,56 | R\$ 8.136,00 |
| 34 | RADIOGRAFIA DE LARINGE | R\$ 12,60 | R\$ 126,00 |
| 35 | RADIOGRAFIA DE MAO | R\$ 12,60 | R\$ 1.890,00 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO P DETERMINACAO DE IDADE OSSEA | R\$ 12,00 | R\$ 600,00 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE ROCHEDOS BILATERAL | R\$ 18,06 | R\$ 180,60 |
| 38 | RADIOGRAFIA DE OMBRO TRES POSICOES | R\$ 14,98 | R\$ 2.247,00 |
| 39 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE MN LATERAL HIRTZ | R\$ 16,76 | R\$ 167,60 |
| 40 | RADIOGRAFIA DE PE DEDOS DO PE | R\$ 13,56 | R\$ 4.068,00 |
| 41 | RADIOGRAFIA DE PERNA | R\$ 17,88 | R\$ 1.072,80 |
| 42 | RADIOGRAFIA DE PUNHO AP LATERAL OBLIQUA | R\$ 13,82 | R\$ 2.073,00 |
| 43 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA | R\$ 15,60 | R\$ 312,00 |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 44 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE FN MN LATERAL HIRTZ | R\$ 14,64 | R\$ 732,00 |
| 45 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA PA LATERAL BRETTON | R\$ 14,40 | R\$ 144,00 |
| 46 | RADIOGRAFIA DE TORAX PA | R\$ 13,76 | R\$ 688,00 |
| 47 | RADIOGRAFIA DE TORAX PA E PERFIL | R\$ 19,00 | R\$ 9.500,00 |
| 48 | RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - ADULTO | R\$ 834,00 | R\$ 8.340,00 |
| 49 | RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - CRIANCA (ATÉ 12 ANOS) | R\$ 834,00 | R\$ 8.340,00 |
| 50 | RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA EXCRETORA | R\$ 135,00 | R\$ 1.350,00 |
| 51 | RADIOGRAFIA DE UROGRAFIA EXCRETORA | R\$ 588,95 | R\$ 5.889,50 |
| 52 | RADIOGRAFIA DIGITAL SEIOS DA FACE | R\$ 110,00 | R\$ 1.100,00 |
| 53 | RADIOGRAFIA ENEMA OPACO | R\$ 654,00 | R\$ 6.540,00 |
| 54 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA | R\$ 12,98 | R\$ 129,80 |
| 55 | RADIOGRAFIA REED ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO | R\$ 401,00 | R\$ 8.020,00 |
| 56 | RAIO X ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL | R\$ 85,00 | R\$ 2.550,00 |
| 57 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDILOGRAFIA PARA ESCOLIOSE | R\$ 75,00 | R\$ 750,00 |
| | | | R\$ 489.602,30 |

ANEXO XIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES UROLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|----------------------|
| 1 | ESTUDO URODINAMICO | R\$270,00 | R\$ 54.000,00 |
| | | | R\$ 54.000,00 |

ANEXO XIV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: MATERIAL PARA ANALISE PARA FINS DIAGNOSTICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|-------------|
|------|-----------------------|----------------|-------------|

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 1 | ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - menos de 03 centímetros | R\$ 120,00 | R\$ 14.400,00 |
| 2 | ANÁLISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM - acima de 03 centímetros | R\$ 220,00 | R\$ 48.400,00 |
| 3 | ANALISE PARA BIOPSIA DE FIBROBRONCOSCOPIA | R\$ 400,00 | R\$ 160.000,00 |
| 4 | ANÁLISE DE BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA | R\$ 150,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | ANALISE POR MICROSCOPIA ELETRONICA DE BIOPSIA RENAL | R\$ 650,00 | R\$ 422.500,00 |
| 6 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA - COLETA | R\$ 504,00 | R\$ 254.016,00 |
| 7 | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES MAIS OPME | R\$ 189,90 | R\$ 36.062,01 |
| 8 | BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR ULTRASSON DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 814,00 | R\$ 662.596,00 |
| 9 | ESTUDO EM IMUNOHISTOQUIMICA | R\$ 550,00 | R\$ 302.500,00 |
| 10 | EXAME DE ANATOMO PATOLOGICO | R\$ 54,67 | R\$ 2.988,81 |
| 11 | EXAME DE CITOLOGIA | R\$ 22,67 | R\$ 513,93 |
| 12 | IMUNOHISTOQUÍMICA DE LESÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL | R\$ 600,00 | R\$ 360.000,00 |
| 13 | PAINEL DE IMUNOFLUORESCÊNCIA + MICROSCOPIA ÓPTICA | R\$ 550,00 | R\$ 302.500,00 |
| 14 | MIELOGRAMA MAIS ANALISE | R\$ 631,00 | R\$ 398.161,00 |
| 15 | ELETROCAGULAÇÃO DE VERRUGA | R\$54,64 | R\$ 2.985,53 |
| 16 | REVISÃO DE LÂMINA | R\$ 220,00 | R\$ 220.000,00 |
| | | | R\$ 3.210.123,28 |

ANEXO XV

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | BLOQUEIO DE NERVO SUPRA ESCAPULAR - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$200,00 | R\$ 30.000,00 |
| 2 | INFILTRACAO ARTICULAR - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 20.000,00 |
| 3 | INFILTRACAO COM TRIANCIL - POR APLICACAO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 40.000,00 |

| 4 | BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOÍDEO COM CORTICÓIDE, COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR - Procedimento a ser realizado em Bloco Cirúrgico - Valor incluso Honorários Médicos e Mat/Med | R\$ 3.016,60 | R\$ 90.498,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| | | | R\$ 180.498,00 |
| ANEXO XVI | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: RESSONANCIAS MAGNETICAS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | ANGIORESSONANCIA QUALQUER ORGAO | R\$510,00 | R\$ 25.500,00 |
| 2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COLANGIORRESSONANCIA | R\$ 510,00 | R\$ 51.000,00 |
| 3 | CONTRASTE ADICIONAL PARA RESSONANCIA MAGNETICA | R\$ 110,00 | R\$ 82.500,00 |
| 4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 510,00 | R\$ 76.500,00 |
| 5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA PELVE ABDOMEN INFERIOR | R\$ 510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL PESCOCO | R\$510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 510,00 | R\$ 280.500,00 |
| 8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA | R\$ 510,00 | R\$ 30.600,00 |
| 9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO | R\$ 510,00 | R\$ 255.000,00 |
| 10 | RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 11 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA - UNILATERAL | R\$510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 12 | RESSONANCIA MAGNETICA AXILAR UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 13 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MASTOIDES | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 14 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 306.000,00 |
| 15 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL | R\$ 510,00 | R\$ 102.000,00 |
| 16 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS | R\$ 510,00 | R\$ 5.100,00 |
| 17 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PROSTATA | R\$ 510,00 | R\$ 25.500,00 |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| 18 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA | R\$ 510,00 | R\$ 15.300,00 |
| 19 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX | R\$ 510,00 | R\$ 10.200,00 |
| 20 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL COM SEDACAO | R\$ 1.132,00 | R\$ 11.320,00 |
| 21 | ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA COM SEDACAO | R\$ 1.132,00 | R\$ 5.660,00 |
| 22 | HIDRO-RM-COLANGIO-RM-URO-RM-MIRLO-RM-SIALO-RM- CISTOGRAFIA RM COM SEDACAO | R\$ 856,00 | R\$ 4.280,00 |
| 23 | RESSONANCIA DE ORBITAS COM SEDACAO | R\$ 1.020,00 | R\$ 5.100,00 |
| 24 | RESSONANCIA MAGNETICA ARTICULAR COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 25 | RESSONANCIA MAGNETICA COM ESPECTROSCOPIA COM SEDACAO | R\$ 456,00 | R\$ 2.280,00 |
| 26 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 27 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL COM SEDACAO | R\$ 1.760,00 | R\$ 8.800,00 |
| 28 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - BILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 29 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA -ARTICULACOES SACROILIACAS- COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 30 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 31 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 32 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 33 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 52.800,00 |
| 34 | RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE-INCLUI SEIOS DA FACE- COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 35 | RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 36 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 37 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 38 | RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS - BILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|
| 39 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PELVE - NAO INCLUI ART COXOFEMORAIS COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 40 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA - UNILATERAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 41 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 42 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 43 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX COM SEDACAO | R\$ 1.056,00 | R\$ 5.280,00 |
| 44 | RESSONÂNCIA MIOCÁRDICA | R\$ 810,00 | R\$ 8.100,00 |
| 45 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL COM ENTERORRESSONANCIA | R\$ 1.044,00 | R\$ 10.440,00 |
| 46 | DEFECO RESSONÂNCIA | R\$ 753,00 | R\$ 3.765,00 |
| 47 | CONTRASTE HEPATOESPECÍFICO | R\$ 440,00 | R\$ 2.200,00 |
| | | | R\$ 1.704.805,00 |

ANEXO XVII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CALCIO COM OU SEM CONTRASTE | R\$ 2.120,00 | R\$ 84.800,00 |
| 2 | ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA - ANGIO | R\$ 1.060,00 | R\$ 31.800,00 |
| 3 | ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN | R\$ 270,00 | R\$ 10.800,00 |
| 4 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA SEM SEDACAO | R\$ 752,00 | R\$ 15.040,00 |
| 5 | ANGIOTOMOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL SEM SEDACAO | R\$ 752,00 | R\$ 7.520,00 |
| 6 | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX | R\$ 752,00 | R\$ 75.200,00 |
| 7 | CONTRASTE ADICIONAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 110,00 | R\$ 165.000,00 |
| 8 | ELASTOGRAFIA HEPATICA | R\$ 710,00 | R\$ 14.200,00 |
| 9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - FIGADO, BACO PANCREAS E RINS | R\$ 217,00 | R\$ 32.550,00 |
| 10 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR + ABDOMEN INFERIOR) | R\$ 388,00 | R\$ 582.000,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| 11 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES (ESTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACRO ILIACAS) | R\$ 187,00 | R\$ 18.700,00 |
| 12 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA | R\$ 62,00 | R\$ 6.200,00 |
| 13 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 160,00 | R\$ 48.000,00 |
| 14 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA LOMBO-SACRA (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 157,00 | R\$ 94.200,00 |
| 15 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA TORÁCICA (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 163,00 | R\$ 16.300,00 |
| 16 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 161,00 | R\$ 64.400,00 |
| 17 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA MAXILAR | R\$ 144,00 | R\$ 1.440,00 |
| 18 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS | R\$ 144,00 | R\$ 14.400,00 |
| 19 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE, BACIA E ABDOMEN INFERIOR | R\$ 217,00 | R\$ 43.400,00 |
| 20 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) | R\$ 144,00 | R\$ 14.400,00 |
| 21 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX | R\$ 214,00 | R\$ 428.000,00 |
| 22 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS | R\$ 146,00 | R\$ 292.000,00 |
| 23 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO | R\$ 146,00 | R\$ 14.600,00 |
| 24 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RENAL | R\$ 333,00 | R\$ 3.330,00 |
| 25 | TOMOGRAFIA POR EMISSAO DE POSITRONS PET-CT | R\$ 4.010,00 | R\$ 40.100,00 |
| 26 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO COM SEDAÇÃO | R\$ 1.058,00 | R\$ 10.580,00 |
| 27 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO | R\$ 745,00 | R\$ 3.725,00 |
| 28 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL COM SEDAÇÃO | R\$ 704,00 | R\$ 3.520,00 |
| 29 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COM SEDAÇÃO | R\$ 540,00 | R\$ 2.700,00 |
| 30 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA COM SEDAÇÃO | R\$ 540,00 | R\$ 2.700,00 |
| 31 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA COM SEDAÇÃO | R\$ 360,00 | R\$ 1.800,00 |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 32 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 33 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 34 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO (CADA 3 SEGMENTOS) | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 35 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE COM SEDAÇÃO | R\$ 518,00 | R\$ 2.590,00 |
| 36 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS COM SEDAÇÃO | R\$ 559,00 | R\$ 2.795,00 |
| 37 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU ABDOMEN INFERIOR COM SEDAÇÃO | R\$ 845,00 | R\$ 4.225,00 |
| 38 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES COM SEDAÇÃO | R\$ 559,00 | R\$ 2.795,00 |
| 39 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM SEDAÇÃO | R\$ 586,00 | R\$ 2.930,00 |
| 40 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS COM SEDAÇÃO | R\$ 542,00 | R\$ 10.840,00 |
| 41 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO COM SEDAÇÃO | R\$ 542,00 | R\$ 2.710,00 |
| 42 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 332,00 | R\$ 99.600,00 |
| 43 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 214,00 | R\$ 32.100,00 |
| 44 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL | R\$ 150,00 | R\$ 75.000,00 |
| 45 | ENTERO POR TC DE ABDOMEN TOTAL | R\$ 984,00 | R\$ 19.680,00 |
| 46 | ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO | R\$630,00 | R\$ 6.200,00 |

R\$ 2.408.100,00

ANEXO XVIII

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: EXAMES EM ANGIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-----------------------|----------------|-------------|
|------|-----------------------|----------------|-------------|

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 1 | DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL | R\$ 150,00 | R\$ 60.000,00 |
| 2 | DUPLEX SCAN DE AORTA ILIACA | R\$ 153,00 | R\$ 3.060,00 |
| 3 | DUPLEX SCAN DE ARTERIAS RENAIAS | R\$ 142,00 | R\$ 2.130,00 |
| 4 | DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS | R\$ 165,00 | R\$ 33.000,00 |
| 5 | DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS | R\$ 165,00 | R\$ 1.650,00 |
| 6 | DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL | R\$ 142,00 | R\$ 213.000,00 |
| 7 | TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSAO | R\$ 450,00 | R\$ 112.500,00 |
| 8 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL | R\$ 3.050,00 | R\$ 91.500,00 |
| 9 | ARTERIOGRAFIA DE 1 MEMBRO | R\$ 2.350,00 | R\$ 70.500,00 |
| 10 | ARTERIOGRAFIA DE 2 MEMBROS | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |
| 11 | ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE 01 STENT. Observações: O valor do serviço hospitalar é um pacote, apenas para o procedimento descrito neste documento; - Itens inclusos no Serviço Hospitalar: 1 Diária de UTI, 1 Diária de Enfermaria, Taxas de Hemodinâmica, Instrumentais Cirúrgicos, Gases, Materiais Descartáveis e Medicamentos inerentes ao procedimento sem complicações, Honorários Médicos e OPME (1 Stent); - O pacote não contempla: mais de 1 stent, intercorrências clínicas que gerem outro procedimento ou internação com diárias excedente. | R\$ 10.350,00 | R\$ 310.500,00 |
| 12 | ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE 02 STENT. Observações: O valor do serviço hospitalar é um pacote, apenas para o procedimento descrito neste documento; - Itens inclusos no Serviço Hospitalar: 1 Diária de UTI, 1 Diária de Enfermaria, Taxas de Hemodinâmica, Instrumentais Cirúrgicos, Gases, Materiais Descartáveis e Medicamentos inerentes ao procedimento sem complicações; Honorários Médicos e OPME (2 Stent); - O pacote não contempla: mais de 2 stent, intercorrências clínicas que gerem outro procedimento ou internação com diárias excedente. | R\$ 13.450,00 | R\$ 403.500,00 |
| 13 | ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDAS | R\$ 22.037,00 | R\$ 220.370,00 |
| 14 | ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDA | R\$ 2.900,00 | R\$ 87.000,00 |
| 15 | ARTERIOGRAFIA RENAL | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |

| 16 | AORTA ABDOMINAL/MESENTÉRICA/PÉLVICA | R\$ 2.680,00 | R\$ 80.400,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| 17 | AORTOGRAFIA MAIS ARTERIOGRAFIA DE MMII | R\$ 2.750,00 | R\$ 82.500,00 |
| | | | R\$ 1.936.610,00 |
| ANEXO XIX | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL | R\$ 102,00 | R\$ 153.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO | R\$ 83,00 | R\$ 9.960,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL | R\$ 165,00 | R\$ 132.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS | R\$ 83,00 | R\$ 24.900,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS | R\$ 83,00 | R\$ 24.900,00 |
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO | R\$ 83,00 | R\$ 49.800,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL | R\$ 83,00 | R\$ 4.150,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA | R\$ 104,50 | R\$ 10.450,00 |

| | NUCAL | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 15 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO | R\$ 104,50 | R\$ 5.225,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS | R\$ 92,00 | R\$ 920,00 |
| 18 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR | R\$ 83,00 | R\$ 8.300,00 |
| 19 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 92,00 | R\$ 920,00 |
| 20 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO | R\$ 152,00 | R\$ 22.800,00 |
| 21 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO | R\$ 152,00 | R\$ 76.000,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO | R\$ 178,00 | R\$ 26.700,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 1.780,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 8.900,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER | R\$ 168,00 | R\$ 1.680,00 |
| 34 | CORE BIOPSY | R\$ 189,00 | R\$ 9.450,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA E ANESTESIA | R\$ 756,70 | R\$ 151.340,00 |
| 36 | ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 7.120,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| 37 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTRÉTRICO COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 260,00 | R\$ 10.400,00 |
| 38 | ULTRASSONOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 283,00 | R\$ 11.320,00 |
| 39 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 178,00 | R\$ 7.120,00 |
| | | | R\$ 948.895,00 |

ANEXO XX

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO)

Grupo: EXAMES de ULTRASSONOGRAFIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 112,00 | R\$ 168.000,00 |
| 2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 73.600,00 |
| 3 | ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL + AXILAS BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 175,00 | R\$ 175.000,00 |
| 4 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 5 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 6 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 64.400,00 |
| 7 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 46.000,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 8 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 36.800,00 |
| 10 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 92.000,00 |
| 11 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 12 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 13 | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 9.200,00 |
| 14 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 115,00 | R\$ 11.500,00 |
| 15 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 115,00 | R\$ 11.500,00 |
| 16 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 92,00 | R\$ 13.800,00 |
| 17 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARÓTIDAS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 102,00 | R\$ 5.100,00 |
| 18 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 102,00 | R\$ 10.200,00 |
| 19 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 150,00 | R\$ 1.500,00 |
| 20 | ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 172,00 | R\$ 34.400,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 21 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 172,00 | R\$ 17.200,00 |
| 22 | ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 23 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 24 | ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 14.350,00 |
| 25 | ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 26 | ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 27 | ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 28 | ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 20.500,00 |
| 29 | ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 30 | ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 31 | ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 6.150,00 |
| 32 | ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| 33 | ULTRASSONOGRAMA RENAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame) | R\$ 198,40 | R\$ 5.952,00 |
| 34 | ULTRASSONOGRAMA PERFIL BIOFÍSICO FETAL COM DOPPLER | R\$ 208,00 | R\$ 6.240,00 |
| 35 | ULTRASSONOGRAMA OBSTRÉTRICO COM DOPPLER MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 288,00 | R\$ 14.400,00 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 36 | ULTRASSONOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL MAIS TRANSLUCÊNCIA NUCAL COM DOPPLER | R\$ 313,00 | R\$ 15.650,00 |
| 37 | ULTROSSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM DOPPLER | R\$ 205,00 | R\$ 10.250,00 |
| | | | R\$ 1.013.192,00 |

ANEXO XXI

EXAME A SER REALIZADO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO

Grupo: DIAGNÓSTICO EM DERMATOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|-------------------------------|----------------|---------------------|
| 1 | TESTE DE CONTATO - PATH TESTE | R\$ 170,00 | R\$ 1.700,00 |
| | | | R\$ 1.700,00 |

ANEXO XXII

CIRURGIAS UROLÓGICAS A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO

Grupo: CIRURGIAS UROLÓGICAS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 1 | LITOTRIPSIA - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.500,00 | R\$ 7.500,00 |
| 2 | LITOTRIPSIA + IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO J - valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 2.500,00 | R\$ 12.500,00 |
| 3 | URETERORRENOLITOTRIPSIA FELXÍVEL + IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 5.000,00 | R\$ 25.000,00 |
| 4 | URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 4.500,00 | R\$ 22.500,00 |
| 5 | TROCA DE CATÉTER DUPLO J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med | R\$ 1.700,00 | R\$ 17.000,00 |
| | | | R\$ 84.500,00 |

ANEXO XXIII

CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA A SEREM REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO

| Grupo: CIRURGIAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + TURBINECTOMIA BILATERAL (30501458)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO | R\$6.480,00 | R\$ 32.400,00 |
| 2 | SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502314) + SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502349) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA UNILATERAL (30501199)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO | R\$ 7.530,00 | R\$ 37.650,00 |
| 3 | SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502292) +ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502314) +SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502349) + SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA | R\$ 8.636,00 | R\$ 43.180,00 |
| | | | R\$ 113.230,00 |
| ANEXO XXIV | | | |
| TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA - SESSÕES | R\$ 350,00 | R\$ 52.500,00 |
| | | | R\$ 52.500,00 |
| ANEXO XXV | | | |
| PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO). | | | |
| Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|
| 1 | INFILTRAÇÃO COM TRIANCIL - POR APLICAÇÃO (O MÉDICO DEVERÁ LEVAR O MEDICAMENTO) | R\$ 200,00 | R\$ 20.000,00 |
| 2 | INFILTRAÇÃO ARTICULAR - POR APLICAÇÃO (O MÉDICO DEVERÁ LEVAR O MEDICAMENTO) | R\$200,00 | R\$ 20.000,00 |
| | | | R\$ 40.000,00 |

ANEXO XXVI

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL

Grupo: EXAMES OTORRINO E FONOAUDIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------|----------------|----------------------|
| 7 | FIBRONASOLARINGOSCOPIA | R\$140,00 | R\$ 70.000,00 |
| 14 | VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA | R\$150,00 | R\$ 7.500,00 |
| 15 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$145,00 | R\$ 7.250,00 |
| | | | R\$ 84.750,00 |

ANEXO XXVII

PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO).

Grupo: EXAMES REUMATOLÓGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|----------------------------|----------------|---------------------|
| 1 | CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL | R\$432,50 | R\$ 4.325,00 |
| | | | R\$ 4.325,00 |

ANEXO XXVIII

PROCEDIMENTOS ANGIOLÓGICOS A SEREM REALIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE DOS 11 MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E NA ZONA RURAL DE ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO).

Grupo: EXAMES ANGIOLOGICOS

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
|------|---------------------------------------|----------------|---------------|
| 1 | Duplex Scan Arterial - Unilateral | R\$165,00 | R\$ 33.000,00 |
| 2 | Duplex Scan De Aorta Iliaca | R\$153,00 | R\$ 1.530,00 |
| 3 | Duplex Scan De Arterias Renais | R\$142,00 | R\$ 2.840,00 |
| 4 | Duplex Scan De Carotidas E Vertebrais | R\$192,00 | R\$ 9.600,00 |
| 5 | Duplex Scan Vasos Cervicais | R\$192,00 | R\$ 1.920,00 |

| 6 | Duplex Scan Venoso - Unilateral | R\$142,00 | R\$ 85.200,00 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 7 | Sessão De Escleroterapia Com Espuma (O Médico Deverá Trazer O Medicamento) | R\$490,00 | R\$ 73.500,00 |
| | | | R\$ 207.590,00 |
| ANEXO XXIX | | | |
| PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | | |
| Grupo: Aplicação de medicamento intravenoso | | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário | Valor total |
| 1 | Aplicação de Infusão de medicamento | R\$300,00 | R\$ 9.000,00 |
| | | | R\$ 9.000,00 |
| VALOR TOTAL DO CREDENCIAMENTO | | | R\$ 22.946.344,58 |

Valor total do credenciamento **R\$ 22.946.344,58** (vinte e dois milhões e novecentos e quarenta e seis mil e trezentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos.).

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025**

ANEXO XXXIV

PLANILHA DE DISPONIBILIDADE DE DEMANDA PELO CREDENCIAMENTO

Obs: Neste campo deverá ser informado a capacidade de atendimento do Credenciamento por serviço credenciamento em um **período mensal**:

| CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Item | Tipo de Especialidade | Capacidade mensal de atendimento |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Capacidade mensal de atendimento |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| CONSULTÓRIO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E ZONA RURAL DE ITABIRA (IPOEMA E CARMO) | | |
| Item | Tipo de Especialidade | Capacidade mensal de atendimento |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 001/2025
INEXIGIBILIDADE Nº. 001/2025
CREDENCIAMENTO ELETRÔNICO Nº. 001/2025

ANEXO XXXV

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO QUE FAZEM ENTRE SI o **Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL**, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, com sede á Av: Duque de Caxias, 850, Bairro Esplanada da Estação, em Itabira- MG, inscrito no CNPJ sob o n.º 01.921.228/0001-87, neste ato representado pela Secretária Executiva Srª. Maurício Guimarães Mendes, portador do CPF nº xxx.xxx.xxx-xx, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e a empresa, inscrita no CNPJ sob o nº, situado à Rua: B:.....na cidade de/MG - CEP:-....., doravante denominado simplesmente CONTRATADO(A), neste ato representado por, portador do CPF nº, têm entre si certo e ajustado a contratação de prestação do(s) serviço(s), cujo(s) objeto(s) encontra(m)-se mencionado(s) na Cláusula Primeira, tudo nos termos da **Inexigibilidade de Licitação nº. 001/2025 - Credenciamento nº. 001/2025, Processo Administrativo nº. 001/2025**, regendo-se pelo disposto na Lei nº14.133/2021 e pelas cláusulas e condições adiante enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto do presente instrumento a **Contratação de pessoas jurídicas prestadores de exames especializados de baixa, média e alta complexidade para atendimento aos municípios consorciados**, conforme anexo do Processo Licitatório acima citado.

CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

O presente Contrato tem origem no Processo Administrativo nº. 001/2025 - CREDENCIAMENTO Nº. 001/2025 - Inexigibilidade nº. 001/2025, fundamentada no art. 79, da Lei nº 14.133/2021 c/c Portaria Ciscel nº 027/2023.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO

3.1 - O CONTRATANTE pagará a CONTRATADA por demanda de serviço prestado, a ser apurado mensalmente através de relatório analítico, e, observando o valor unitário de cada procedimento em que a CONTRATADA se credenciou.

3.2 - Os pagamentos serão realizados pelo CONTRATANTE, na conta do CONTRATADO cujos dados serão fornecidos posteriormente, à partir do 20º. (vigésimo) dia do mês subsequente ao do atendimento, **desde que**:

- a) O CONTRATADO encaminhe ao CONTRATANTE, até 02 (dois) dias após solicitação, via e-mail, os seguintes documentos: Nota Fiscal referente aos serviços/atendimentos executados e as respectivas certidões: prova de regularidade com a Seguridade Social - INSS; prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;
- b) A unidade de saúde do município certifique, até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação.
- c) **Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE. A solicitação para emissão da Nota Fiscal será encaminhada pelo CONTRATANTE até o dia 10 do mês subsequente à prestação dos serviços.**

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

3.3 - É vedado à CONTRATADA cobrar diretamente do usuário qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados, concernentes aos procedimentos autorizados pelo CISCEL;

3.4 - Estarão incluídas no preço todas as despesas diretas e indiretas, tais como encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais e quaisquer outras necessárias a plena execução deste contrato.

CLÁUSULA QUARTA - DAS ESPECIFICAÇÕES

As especificações dos serviços a serem credenciados são prestação de serviços em saúde, concernentes na realização de serviços médicos, conforme elencados nos Anexos para atender às demandas dos pacientes/usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, vinculados aos Municípios/Associados ao CISCEL.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

Os contratos terão validade até XX/XX/XXXX, não gerando direito adquirido ao Credenciamento à distribuição de procedimento/exames/consultas mínimas, sendo esta distribuição realizada conforme a demanda dos Municípios Consorciados e de acordo com item 7.4 do edital.

CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

6.1 - O CONTRATADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CONTRATANTE, oferecendo-lhes atendimentos de Contratação de pessoas jurídicas prestadores de serviços médicos especializados para atendimento da população dos municípios consorciados, conforme anexo constante do edital e do presente contrato;

6.2 - Os serviços especificados nos anexos deverão ser executados preferencialmente pelo credenciado em consultório próprio do CONTRATADO, e, em certos casos na Sede do CONTRATANTE e nas unidades de atendimento dos 12 municípios consorciados. A eventual mudança de endereço do prestador de serviços, ou outras alterações a qualquer título, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços contratados, podendo para isso rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente.

6.3 - Os atendimentos deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CONTRATANTE, expedida individualmente pelos Secretários Municipais de Saúde do Município Consorciado, juntamente com o pedido médico.

6.4 - O CONTRATADO reconhece por este instrumento que é responsável pelos danos ou prejuízos que, eventualmente, venham a sofrer o CONTRATANTE, coisa, propriedade ou terceiros, em decorrência de sua culpa ou dolo na execução do contrato, sejam eles causados por si, seus prepostos ou funcionários, bem como por pessoas por esta autorizada a permanecer no local do fornecimento; não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou acompanhamento exercidos pelo CONTRATANTE.

CLÁUSULA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

Constituem obrigações e responsabilidades do CONTRATANTE:

- a) Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;
- b) Fiscalizar a execução dos serviços contratados;
- c) Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;
- d) Efetuar nas datas aprezadas os pagamentos pelos serviços prestados.

CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Constituem obrigações e responsabilidades da CONTRATADA:

- Prestar os serviços dentro das exigências mínimas impostas pela ANVISA e segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;
- Não transferir ou ceder a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Contrato, exceto, quando previamente autorizado pela CONTRATANTE;
- Assumir, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da prestação dos serviços necessários à boa e perfeita execução do objeto deste Contrato;
- Submeter-se às regras de funcionamento da CONTRATANTE;
- Respeitar, rigorosamente, na execução deste contrato, a legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, bem como as normas de higiene e segurança, por cujos encargos responderá unilateralmente;
- Cumprir rigorosamente os horários e dias aprazados para a prestação, devendo prestar todos os atendimentos agendados;
- Tratar com profissionalismo, urbanidade e respeito irrestrito os pacientes, bem como os demais profissionais do CONTRATANTE;
- Comunicar à direção da CONTRATANTE, com 20 (vinte) dias de antecedência, qualquer alteração que houver, para o atendimento do mês seguinte;
- Realizar somente os serviços autorizados pelo CISCEL, através de guias de autorização, assinadas pelo Secretário Municipal de Saúde ou responsável e anexo o encaminhamento e/ou pedido médico;
- Manter, durante todo o prazo de execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições que ensejaram sua habilitação na licitação que deu origem ao presente instrumento;
- Prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, cujas reclamações se obriga a atender pronta e irrestritamente;
- Fornecer ao preposto credenciado do CONTRATANTE, mensalmente, o relatório especificando nome dos pacientes atendidos, procedimento realizado e valor;
- Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;
- Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias, sociais e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao CONTRATANTE, o respectivo pagamento.
- Manter o atendimento aos pacientes com tratamento iniciado, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ou até encaminhamento para outro profissional, no caso de haver descredenciamento ou rescisão contratual, independentemente de quem deu causa ao rompimento;

8.1 - Responder por e-mail, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, os pedidos da CONTRATANTE para abertura de agenda de atendimentos.

8.2 - As obrigações acima dispostas, não afastam as obrigações previstas no edital e nas constantes no art. 16, da Portaria Ciscel nº 027/2023.

CLÁUSULA NONA - DOS ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS

Todos os encargos sociais e trabalhistas, resultantes do presente contrato, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA. Assim, a CONTRATADA reconhece, desde já, que os débitos trabalhistas e sociais advindos do presente instrumento serão arcados, única e exclusivamente, pela mesma.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS TRIBUTOS O valor deste Contrato engloba todo e qualquer tributo, sendo que a retenção e pagamento de quaisquer impostos e/ou taxas ficarão a cargo e sob responsabilidade do CONTRATANTE, sempre que as disposições legais pertinentes assim o exigirem.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Contrato correrão, por conta da Dotação Orçamentária Nº. 01.002.10.122.1002.2003 - Programa de Atividades Ambulatorial/ Consultório/ CISCEL - 3390390000 - Outros Serviços Terceiros/ Pessoa Jurídica - Ficha 26 - Fonte 112 - do exercício de 2022 e para o ano seguinte deverá ser consignada dotação de mesma natureza e categoria econômica orçamentária.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FISCALIZAÇÃO

O CONTRATANTE exercerá ampla fiscalização ante a prestação dos serviços objeto deste Contrato, por si, ou por terceiros indicados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REAJUSTE

Em caso de prorrogação de vigência, transcorridos 12 (doze) meses, o contrato poderá ser reajustado com base no acumulado do INPC.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES

15.1 - Pela inexecução total ou parcial do Contrato, o CONTRATANTE, a seu critério, garantida a prévia defesa, aplicará à CONTRATADA as seguintes sanções, respeitando-se também o disposto na Lei Federal nº 14.133/21;

- a) Advertência;
- b) Multa de 0,5 % (meio por cento) por dia de atraso, limitada a 05 (cinco) dias, após o qual será considerado inexecução contratual;
- c) Multa de 10% (dez por cento) no caso de inexecução parcial do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 01 (um ano);
- d) Multa de 20 % (vinte por cento) no caso de inexecução total do contrato, cumulada com a pena de suspensão do direito de licitar e o impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de 02 (dois anos).

15.2 - As multas serão calculadas sobre o montante não adimplido do contrato;

15.3 - A aplicação das sanções pecuniárias estabelecidas nos itens anteriores não afasta a responsabilidade da CONTRATADA por eventuais prejuízos causados à CONTRATANTE ou a terceiros e nem aos ditames penais previstos na Lei 14.133/21, em decorrência da imperfeita execução do serviço contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido em qualquer tempo, seja amigavelmente, judicialmente ou através de ato unilateral e escrito do CONTRATANTE, nos termos do art. 104 e seguintes da Lei Federal nº. 14.133/21, assegurado o contraditório e ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS PRIVILÉGIOS DO CONTRATANTE

A CONTRATADA reconhece que o CONTRATANTE é agente de interesse público, motivo pelo qual admite que quaisquer dúvidas na interpretação deste Contrato sejam dirimidas em favor do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de ITABIRA-MG, para a composição de qualquer lide resultante deste Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que possa ser.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1 - Integram o presente contrato, para todos os fins de direito, o Edital de Licitação que lhe deu origem e respectivos anexos, especificados no preâmbulo deste, cujas cláusulas e condições são interdependentes e complementares entre si.

19.2 - Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de conformidade com a Lei Federal nº 14.133/21 e alterações posteriores.

E, por estarem assim, acordados e contratados, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas signatárias.

Itabira, de de 2025.

CISCCEL - Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste

..... - CPF nº.

CONTRATANTE

.....

..... - CPF nº.

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____
CPF nº. _____ CPF nº. _____