



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL
CRENCIAMENTO Nº 01/2017

1.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

1.2. Estima-se o valor Global para contratação de aproximadamente R\$ 810.500,00 (oitocentos e dez mil e quinhentos reais) em exames de imagem com laudo, durante o período de 12 (doze) meses.

1.3. A prestação do serviço será realizada na forma, cláusulas e condições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, e padrão do Ministério da Saúde.

1.4. Ressaltamos ainda que o credenciado deverá atender 100% do bloco listado no anexo II no Termo de adesão.

2 – OBJETO

2.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a Contratação de pessoa(s) jurídica(s) para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

3 - JUSTIFICATIVA

3.1 – Por termos uma demanda muito grande em nosso setor de agendamento e vislumbramos esta contratação para melhor acompanhamento de diagnósticos dos nossos munícipes.

Pois prezamos em um serviço de qualidade e comodidade aos usuários, uma vez que consta em anexo o relatório de procedimentos utilizados neste ao no CIM POLO SUL para prestação do referido serviço.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar deste credenciamento todas as pessoas jurídicas que atendam ao objeto do credenciamento e que apresentem atestado de capacidade técnica e no seu quadro de funcionários, possua profissional com capacidade técnica comprovada para exercer a função pertinente a especialidade, procurando desta forma, melhorar a agilidade e



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

resolutividade da Secretaria Municipal de Saúde nestes segmentos, atendendo às condições estabelecidas neste Edital.

a) será considerado atestado de capacidade técnica, a apresentação de documento que declare a capacidade técnica da pessoa jurídica requerente, devendo esta atestar serviços idênticos ao objeto do credenciamento.

b) Será considerado capacidade técnica profissional a apresentação do título de especialista devidamente registrado no Conselho de Classe, e vínculo do profissional com a pessoa jurídica.

4.2. Não poderá habilitar-se ao credenciamento a pessoa jurídica:

a) Que tenha sido declarada inidônea para licitar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV do Art. 87 da Lei 8.666/93;

b) Que incidir no art. 9º, incisos I, II e III da Lei 8.666/93;

c) Em consórcio.

5 - DA INSCRIÇÃO

5.1. Os interessados deverão protocolar seus documentos em envelope lacrado, junto ao Setor Protocolo da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy-ES, sito a Rua Átila Vivácqua nº 79, Centro, do dia 09 de janeiro até o dia 02 de fevereiro de 2017, no horário das 8 às 11 horas e 12:30 às 17 horas, exceto na sexta-feira que será até às 16 horas.

5.2. Este edital estará vigente pelo período disposto no subitem 5.1.

5.3. Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencham as condições ora exigidas.

5.4. Serão considerados credenciados todos aqueles que apresentem os documentos enumerados no item 6 deste instrumento.

5.5. Os interessados deverão apresentar os documentos relacionados no item 6 em envelope lacrado com as seguintes indicações:

NOME E ENDEREÇO DO INTERESSADO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY-ES
À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS / SEMUS
CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
EXAMES ESPECIALIZADOS: ENVELOPE Nº 01 – DOCUMENTAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

- a) Tabela de exames, conforme modelo constante no Anexo I;
- b) Termo de Adesão, conforme modelo constante no Anexo II;
- c) Declaração, conforme modelo constante no Anexo III;
- d) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor ou Registro Comercial (no caso de empresa individual);
- e) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- f) Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito Negativo, expedida pela Receita Federal do Brasil e Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, da sede da credenciada;
- g) Certidão Negativa de Tributos Estaduais ou Certidão Positiva com efeito Negativo, expedida pela Fazenda Estadual da sede da credenciada;
- h) Certidão Negativa de Tributos Municipais ou Certidão Positiva com efeito Negativo, expedida pela Fazenda Municipal da sede da licitante;
- i) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - CRM/FGTS;
- j) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) expedida eletronicamente pela Justiça do Trabalho, 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. (Incluído pela Lei nº. 12.440, de 2011);
- k) Declaração de que o profissional habilitado a prestar os serviços em nome da Empresa credenciada tenha disponibilidade de carga horária a ser lançada no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde);**

l) Comprovação de que seu responsável técnico integra o quadro permanente de funcionários da empresa. A comprovação do vínculo do profissional com a empresa participante deverá ser efetuada mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho empresário individual, ou seja, sócio da empresa.

m) Registro do profissional especialista na entidade profissional competente - Conselho Regional de Medicina- CRM;

6.1. As certidões que não mencionarem prazo de validade serão consideradas válidas por 60 (sessenta) dias, a contar da data da respectiva emissão.

6.2. Recomenda-se que toda documentação seja organizada de tal forma a não conter folhas soltas, devendo estar indexadas, numeradas e ordenadas conforme relacionado neste Edital.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6.3. Os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados no original, por qualquer processo de cópia autenticada por Cartório competente, ou publicação original em Órgão da Imprensa Oficial. Será admitida fotocópia sem autenticação cartorial, desde que os respectivos documentos sejam apresentados, em seus originais, na abertura da reunião dos envelopes, os quais serão autenticados por servidor público municipal.

6.4. Não serão credenciadas as empresas que não atenderem aos requisitos deste Edital.

6.5. Quando o credenciamento for realizado por Procurador, deverá ser apresentada procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem amplos poderes para praticar atos relativos a este processo de Credenciamento.

6.6. Uma vez incluído no processo de credenciamento, nenhum documento será devolvido.

7. PROCEDIMENTO DO CADASTRO

7.1. O cadastramento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, até o dia 02 de fevereiro de 2017.

7.2. Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste edital, em especial as contidas nos itens 5 e 6.

7.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento ou o cumprimento do estabelecido no contrato de prestação de serviço, que faz parte integrante do presente edital, bem como por iniciativa unilateral do Município de Presidente Kennedy-ES por razões de interesse público.

8 - CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO

8.1. Os interessados serão credenciados pela ordem de apresentação dos documentos de habilitação, passando pela COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS da Secretaria Municipal de Saúde para conferência da documentação, após ao Setor de Protocolo indicado no item 5.1 deste edital, servindo o comprovante de entrega como comprovante da inscrição.

8.2. Após a análise da documentação, a COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS emitirá parecer conclusivo sobre a viabilidade do credenciamento, o qual será submetido de imediato à homologação do Secretário Municipal de Saúde.

8.3. A Lista dos Credenciados será publicada no endereço eletrônico www.presidentekennedy.es.gov.br, no mural da PMPK e na imprensa oficial do Município.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8.4. Das decisões do Secretário Municipal de Saúde caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da data da ciência/intimação.

8.5. OS CREDENCIADOS serão contratados conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de Contrato de Prestação de Serviços onde serão estabelecidos os direitos, as obrigações e as responsabilidades das partes, conforme minuta constante no Anexo IV deste Edital.

8.6. O contrato celebrado com o interessado habilitado não gera ao credenciado qualquer vínculo empregatício com o Município de Presidente Kennedy-ES.

9 - PRAZO DE CONTRATAÇÃO

9.1. As contratações efetuadas terão vigência a contar da assinatura do contrato com prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogadas por iguais e sucessivos períodos até o limite da lei, desde que mantidas as condições de credenciamento no período.

10 - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1. Os serviços de exames especializados é para atender as demandas da Secretaria de Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES terão como parâmetro os valores estabelecidos na Tabela de preços do CIM POLO SUL.

10.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias úteis, contados do ateste da respectiva Nota Fiscal/Fatura pelo Órgão competente.

10.3. O período para prestação dos serviços será de 12 (doze) meses.

10.4. Os serviços serão prestados na sede própria do prestador, sendo responsabilidade do credenciado fornecer estrutura apropriada para a execução dos mesmos, com pessoal e materiais.

10.5. A disponibilidade de atendimento será conforme necessidade da SEMUS e serão agendadas previamente pelo Setor competente da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy.

11 - DA EXECUÇÃO DO OBJETO

11.1. As empresas credenciadas deverão executar fielmente o objeto deste Edital, dentro das especificações técnicas, dos padrões de qualidade exigidos e nas quantidades solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade.

11.2. As empresas credenciadas deverão executar os procedimentos de acordo com as Normativas e Protocolos praticados pelo Ministério da Saúde/SUS e Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11.3. As empresas deverão considerar que os usuários serão encaminhados exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a fila de espera e a classificação da gravidade dos casos de urgência, e no caso de mais de um prestador será sempre respeitada a rotatividade.

11.4. Os serviços serão prestados nas dependências da empresa credenciada, sendo de sua responsabilidade fornecer estrutura apropriada para a execução dos mesmos, com pessoal e materiais.

12 - DO PAGAMENTO

12.1. Para efeito de pagamento, será efetuada a contagem física das quantidades de serviços efetivamente realizados, e será encaminhado pela empresa credenciada para a Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

12.2. A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy disporá de um prazo de até 30 (trinta) dias úteis, contados do ateste da respectiva Nota Fiscal /Fatura pelo Órgão competente para efetuar o pagamento à empresa credenciada.

12.3. A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy pagará a empresa credenciada a importância gerada pelo número de exames efetivamente realizados, multiplicado pelo valor unitário proposto neste edital (Tabela de preços do CIM POLO SUL).

13 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. As despesas decorrentes da execução dos serviços a serem prestados pelas empresas credenciadas correrão por conta das seguintes Dotações Orçamentárias:

- ASSISTENCIA INTEGRAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR- Classificação Funcional 024004.103020273.339 - Natureza da Despesa 3.3.90.39.00000- Outros Serviços de Terceiros- PJ- Fonte do Recurso -1640000.

14 - DAS PENALIDADES E SANÇÕES

14.1. Pelo descumprimento total ou parcial das condições contratuais, a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy aplicará à contratada as seguintes penalidades, além da responsabilização civil e penal cabíveis, sem prejuízo do disposto no art. 49, da Lei 8.666/93 e alterações:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Administração;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que tiver aplicado a penalidade.

15 - DOS RECURSOS

15.1. As ocorrências existentes durante o credenciamento serão registradas em ata que será assinada pelos membros da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS.

15.2. Das decisões da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS caberão recursos, nos termos do art. 109, § 6º da Lei 8.666/93.

15.3. Quaisquer recursos relativos a este credenciamento poderão ser interpostos no prazo legal acima mencionado, dirigido ao Presidente da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS, devidamente protocolizados no Protocolo Geral do Município, aos cuidados da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS da Secretaria Municipal de Saúde.

15.4. As decisões da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS serão publicadas no órgão Oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy (www.presidentekennedy.es.gov.br), e no Diário Oficial dos Municípios do Espírito Santo (www.diariomunicipal.es.gov.br).

15.5. Interposto o recurso, dele será dada ciência aos demais interessados/credenciados, mediante publicação no local acima descrito, bem como via fax ou email, onde poderão impugná-lo no prazo de 02 (dois) dias úteis.

16 - OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

16.1. Executar o objeto do contrato no prazo e forma ajustada, sem transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços contratados, sob pena de seu descredenciamento.

16.2. Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância das normas técnicas e legais aplicáveis, em especial os princípios balizadores do SUS, integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e gratuidade.

16.3. Comunicar imediatamente e por escrito à Secretaria Municipal de Saúde qualquer anormalidade ou fato de caráter urgente que coloque em risco a saúde pública.

16.4. Observar as normas legais de segurança a que está sujeita a atividade contratada.

16.5. Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente Edital.

17 - OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17.2. Providenciar os pagamentos conforme previsto no item 12, e de acordo com as condições contratuais.

17.3. Descontar impostos, taxas e que demais for previsto em lei, dos pagamentos mensais efetuados aos credenciados.

17.4. Fiscalizar a boa e fiel execução do objeto contratado.

18 – DA VEDAÇÃO E DENUNCIA

18.1 - É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa com relação ao valor da Tabela de preços do CIM POLO SUL.

18.2 - É vedada a Contratada à exigir do usuário a assinatura de fatura ou guia de atendimento em branco.

18.3 - A qualquer tempo caberá ao usuário e credenciado denunciar irregularidades verificadas na prestação dos serviços, bem como no faturamento.

16 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Para atender aos seus interesses, a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy reserva-se no direito de alterar o quantitativo desde que esteja dentro do valor estimado da contratação, sem que isso implique alteração do preço unitário estipulado, obedecidos os limites estabelecidos no art. 65 da Lei Federal nº. 8.666/93.

16.2. Quaisquer elementos, informações e esclarecimentos complementares relativos ao credenciamento poderão ser obtidos junto à Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS, no horário das 08 às 16 horas, ou pelo telefone (28) 3535-1415.

16.3. Este credenciamento poderá ser revogado por interesse da Administração Pública, decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar o ato ou anulado por vício ou ilegalidade, a modo próprio ou por provocações de terceiros, sem que as empresas credenciadas tenham direito a qualquer indenização, à exceção do disposto no art. 59 da Lei nº. 8.666/93, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

19 – DO FORO

19.1. Fica eleito o foro da Comarca de Presidente Kennedy para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente edital.

20 – ANEXOS DO EDITAL

20.1. Termo de Referência, conforme constante no Anexo I;

20.2. Tabela de exames, conforme modelo constante no Anexo II;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

20.3. Termo de Adesão, conforme modelo constante no Anexo III;

20.4. Declaração, conforme modelo constante no Anexo IV;

20.5. Minuta de Contrato de Prestação de Serviços no Anexo V.

Presidente Kennedy/ES, 09 de janeiro de 2017.

Kamille Ventury Canzian
PRESIDENTE- COAPS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

1. Modalidade: CREDENCIAMENTO

1.1. O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

1.2. Estima-se o valor Global para contratação de aproximadamente R\$ 810.500,00 (oitocentos e dez mil e quinhentos reais) em exames de imagem com laudo, durante o período de 12 (doze) meses.

1.3. A prestação do serviço será realizada na forma, cláusulas e condições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, e padrão do Ministério da Saúde.

1.4. Ressaltamos ainda que o credenciado deverá atender 100% do bloco listado no anexo II no Termo de adesão.

2 – OBJETO

2.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a Contratação de pessoa(s) jurídica(s) para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

3 - JUSTIFICATIVA

3.1 – Por termos uma demanda muito grande em nosso setor de agendamento e vislumbramos esta contratação para melhor acompanhamento de diagnósticos dos nossos munícipes.

Pois prezamos em um serviço de qualidade e comodidade aos usuários, uma vez que consta em anexo o relatório de procedimentos utilizados neste ao no CIM POLO SUL para prestação do referido serviço.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4.1. Poderão participar deste credenciamento todas as pessoas jurídicas que atendam ao objeto do credenciamento e que apresentem atestado de capacidade técnica e no seu quadro de funcionários, possua profissional com capacidade técnica comprovada para exercer a função pertinente a especialidade, procurando desta forma, melhorar a agilidade e resolutividade da Secretaria Municipal de Saúde nestes segmentos, atendendo às condições estabelecidas neste Edital.

a) será considerado atestado de capacidade técnica, a apresentação de documento que declare a capacidade técnica da pessoa jurídica requerente, devendo esta atestar serviços idênticos ao objeto do credenciamento.

b) Será considerado capacidade técnica profissional a apresentação do título de especialista devidamente registrado no Conselho de Classe, e vínculo do profissional com a pessoa jurídica.

4.2. Não poderá habilitar-se ao credenciamento a pessoa jurídica:

a) Que tenha sido declarada inidônea para licitar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV do Art. 87 da Lei 8.666/93;

b) Que incidir no art. 9º, incisos I, II e III da Lei 8.666/93;

c) Em consórcio.

5 - DA INSCRIÇÃO

5.1. Os interessados deverão protocolar seus documentos em envelope lacrado, junto ao Setor Protocolo da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy-ES, sito a Rua Átila Vivácqua nº 79, Centro, até o dia XX de XXXXX de 2016, no horário das 8 às 11 horas e 12:30 às 17 horas, exceto na sexta-feira que será até às 16 horas.

5.2. Este edital estará vigente pelo período disposto no subitem 5.1.

5.3. Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencham as condições ora exigidas.

5.4. Serão considerados credenciados todos aqueles que apresentem os documentos enumerados no item 6 deste instrumento.

5.5. Os interessados deverão apresentar os documentos relacionados no item 6 em envelope lacrado com as seguintes indicações:

NOME E ENDEREÇO DO INTERESSADO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY-ES
À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS / SEMUS
CRENCIAMENTO Nº ____/2016
EXAMES ESPECIALIZADOS: ENVELOPE Nº 01 – DOCUMENTAÇÃO

6 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

- a) Tabela de exames, conforme modelo constante no Anexo I;
- b) Termo de Adesão, conforme modelo constante no Anexo II;
- c) Declaração, conforme modelo constante no Anexo III;
- d) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor ou Registro Comercial (no caso de empresa individual);
- e) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- f) Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito Negativo, expedida pela Receita Federal do Brasil e Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, da sede da credenciada;
- g) Certidão Negativa de Tributos Estaduais ou Certidão Positiva com efeito Negativo, expedida pela Fazenda Estadual da sede da credenciada;
- h) Certidão Negativa de Tributos Municipais ou Certidão Positiva com efeito Negativo, expedida pela Fazenda Municipal da sede da licitante;
- i) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - CRF/FGTS;
- j) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) expedida eletronicamente pela Justiça do Trabalho, 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. (Incluído pela Lei nº. 12.440, de 2011);
- k) Declaração de que o profissional habilitado a prestar os serviços em nome da Empresa credenciada tenha disponibilidade de carga horária a ser lançada no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde);
- l) Comprovação de que seu responsável técnico integra o quadro permanente de funcionários da empresa. A comprovação do vínculo do profissional com a empresa participante deverá ser efetuada mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho empresário individual, ou seja, sócio da empresa.
- m) Registro do profissional especialista na entidade profissional competente - Conselho Regional de Medicina- CRM;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 6.1. As certidões que não mencionarem prazo de validade serão consideradas válidas por 60 (sessenta) dias, a contar da data da respectiva emissão.
- 6.2. Recomenda-se que toda documentação seja organizada de tal forma a não conter folhas soltas, devendo estar indexadas, numeradas e ordenadas conforme relacionado neste Edital.
- 6.3. Os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados no original, por qualquer processo de cópia autenticada por Cartório competente, ou publicação original em Órgão da Imprensa Oficial. Será admitida fotocópia sem autenticação cartorial, desde que os respectivos documentos sejam apresentados, em seus originais, na abertura da reunião dos envelopes, os quais serão autenticados por servidor público municipal.
- 6.4. Não serão credenciadas as empresas que não atenderem aos requisitos deste Edital.
- 6.5. Quando o credenciamento for realizado por Procurador, deverá ser apresentada procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem amplos poderes para praticar atos relativos a este processo de Credenciamento.
- 6.6. Uma vez incluído no processo de credenciamento, nenhum documento será devolvido.

7. PROCEDIMENTO DO CADASTRO

- 7.1. O cadastramento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, até o dia ____ de _____ de 2016.
- 7.2. Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas neste edital, em especial as contidas nos itens 5 e 6.
- 7.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento ou o cumprimento do estabelecido no contrato de prestação de serviço, que faz parte integrante do presente edital, bem como por iniciativa unilateral do Município de Presidente Kennedy-ES por razões de interesse público.

8 - CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO

- 8.1. Os interessados serão credenciados pela ordem de apresentação dos documentos de habilitação, passando pela COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS da Secretaria Municipal de Saúde para conferência da documentação, após ao Setor de Protocolo indicado no item 5.1 deste edital, servindo o comprovante de entrega como comprovante da inscrição.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8.2. Após a análise da documentação, a COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS - COAPS emitirá parecer conclusivo sobre a viabilidade do credenciamento, o qual será submetido de imediato à homologação do Secretário Municipal de Saúde.

8.3. A Lista dos Credenciados será publicada no endereço eletrônico www.presidentekennedy.es.gov.br, no mural da PMPK e na imprensa oficial do Município.

8.4. Das decisões do Secretário Municipal de Saúde caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da data da ciência/intimação.

8.5. OS CREDENCIADOS serão contratados conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de Contrato de Prestação de Serviços onde serão estabelecidos os direitos, as obrigações e as responsabilidades das partes, conforme minuta constante no Anexo IV deste Edital.

8.6. O contrato celebrado com o interessado habilitado não gera ao credenciado qualquer vínculo empregatício com o Município de Presidente Kennedy-ES.

9 - PRAZO DE CONTRATAÇÃO

9.1. As contratações efetuadas terão vigência a contar da assinatura do contrato com prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogadas por iguais e sucessivos períodos até o limite da lei, desde que mantidas as condições de credenciamento no período.

10 - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1. Os serviços de exames especializados é para atender as demandas da Secretaria de Municipal de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES terão como parâmetro os valores estabelecidos na Tabela de preços do CIM POLO SUL.

10.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias úteis, contados do ateste da respectiva Nota Fiscal/Fatura pelo Órgão competente.

10.3. O período para prestação dos serviços será de 12 (doze) meses.

10.4. Os serviços serão prestados na sede própria do prestador, sendo responsabilidade do credenciado fornecer estrutura apropriada para a execução dos mesmos, com pessoal e materiais.

10.5. A disponibilidade de atendimento será conforme necessidade da SEMUS e serão agendadas previamente pelo Setor competente da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy.

11 - DA EXECUÇÃO DO OBJETO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11.1. As empresas credenciadas deverão executar fielmente o objeto deste Edital, dentro das especificações técnicas, dos padrões de qualidade exigidos e nas quantidades solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade.

11.2. As empresas credenciadas deverão executar os procedimentos de acordo com as Normativas e Protocolos praticados pelo Ministério da Saúde/SUS e Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

11.3. As empresas deverão considerar que os usuários serão encaminhados exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a fila de espera e a classificação da gravidade dos casos de urgência, e no caso de mais de um prestador será sempre respeitada a rotatividade.

11.4. Os serviços serão prestados nas dependências da empresa credenciada, sendo de sua responsabilidade fornecer estrutura apropriada para a execução dos mesmos, com pessoal e materiais.

12 - DO PAGAMENTO

12.1. Para efeito de pagamento, será efetuada a contagem física das quantidades de serviços efetivamente realizados, e será encaminhado pela empresa credenciada para a Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

12.2. A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy disporá de um prazo de até 30 (trinta) dias úteis, contados do ateste da respectiva Nota Fiscal /Fatura pelo Órgão competente para efetuar o pagamento à empresa credenciada.

12.3. A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy pagará a empresa credenciada a importância gerada pelo número de exames efetivamente realizados, multiplicado pelo valor unitário proposto neste edital (Tabela de preços do CIM POLO SUL).

13 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. As despesas decorrentes da execução dos serviços a serem prestados pelas empresas credenciadas correrão por conta das seguintes Dotações Orçamentárias:

- ASSISTENCIA INTEGRAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR- Classificação Funcional 024004.103020273.339 - Natureza da Despesa 3.3.90.39.00000- Outros Serviços de Terceiros-PJ- Fonte do Recurso -1640000.

14 - DAS PENALIDADES E SANÇÕES

14.1. Pelo descumprimento total ou parcial das condições contratuais, a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy aplicará à contratada as seguintes penalidades, além da



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

responsabilização civil e penal cabíveis, sem prejuízo do disposto no art. 49, da Lei 8.666/93 e alterações:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Administração;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que tiver aplicado a penalidade.

15 - DOS RECURSOS

15.1. As ocorrências existentes durante o credenciamento serão registradas em ata que será assinada pelos membros da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS.

15.2. Das decisões da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS caberão recursos, nos termos do art. 109, § 6º da Lei 8.666/93.

15.3. Quaisquer recursos relativos a este credenciamento poderão ser interpostos no prazo legal acima mencionado, dirigido ao Presidente da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS, devidamente protocolizados no Protocolo Geral do Município, aos cuidados da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS da Secretaria Municipal de Saúde.

15.4. As decisões da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS serão publicadas no órgão Oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy (www.presidentekennedy.es.gov.br), e no Diário Oficial dos Municípios do Espírito Santo (www.diariomunicipal.es.gov.br).

15.5. Interposto o recurso, dele será dada ciência aos demais interessados/credenciados, mediante publicação no local acima descrito, bem como via fax ou email, onde poderão impugná-lo no prazo de 02 (dois) dias úteis.

16 - OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

16.1. Executar o objeto do contrato no prazo e forma ajustada, sem transferir a outrem, no todo ou em parte, a prestação dos serviços contratados, sob pena de seu descredenciamento.

16.2. Assumir inteira responsabilidade pela prestação dos serviços, que deverão ser realizados com a observância das normas técnicas e legais aplicáveis, em especial os princípios balizadores do SUS, integralidade, universalidade, equidade, hierarquização e gratuidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

16.3. Comunicar imediatamente e por escrito à Secretaria Municipal de Saúde qualquer anormalidade ou fato de caráter urgente que coloque em risco a saúde pública.

16.4. Observar as normas legais de segurança a que está sujeita a atividade contratada.

16.5. Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente Edital.

17 - OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

17.2. Providenciar os pagamentos conforme previsto no item 12, e de acordo com as condições contratuais.

17.3. Descontar impostos, taxas e que demais for previsto em lei, dos pagamentos mensais efetuados aos credenciados.

17.4. Fiscalizar a boa e fiel execução do objeto contratado.

18 – DA VEDAÇÃO E DENUNCIA

18.1 - É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa com relação ao valor da Tabela de preços do CIM POLO SUL.

18.2 - É vedada a Contratada à exigir do usuário a assinatura de fatura ou guia de atendimento em branco.

18.3 - A qualquer tempo caberá ao usuário e credenciado denunciar irregularidades verificadas na prestação dos serviços, bem como no faturamento.

16 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Para atender aos seus interesses, a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy reserva-se no direito de alterar o quantitativo desde que esteja dentro do valor estimada da contratação, sem que isso implique alteração do preço unitário estipulado, obedecidos os limites estabelecidos no art. 65 da Lei Federal nº. 8.666/93.

16.2. Quaisquer elementos, informações e esclarecimentos complementares relativos ao credenciamento poderão ser obtidos junto à Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços - COAPS, no horário das 08 às 16 horas, ou pelo telefone (28) 3535-1415.

16.3. Este credenciamento poderá ser revogado por interesse da Administração Pública, decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar o ato ou anulado por vício ou ilegalidade, a modo próprio ou por provocações de terceiros, sem que as empresas credenciadas tenham direito a qualquer indenização, à exceção do disposto no art. 59 da Lei nº. 8.666/93, assegurados o contraditório e a ampla defesa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19 – DO FORO

19.1. Fica eleito o foro da Comarca de Presidente Kennedy para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente edital.

20 – ANEXOS DO TERMO DE REFERÊNCIA:

20.1. Tabela de exames, conforme modelo constante no Anexo I;

20.2. Termo de Adesão, conforme modelo constante no Anexo II;

20.3. Declaração, conforme modelo constante no Anexo III;

20.4. Minuta de Contrato de Prestação de Serviços no Anexo IV.

Presidente Kennedy/ES, 22 de novembro de 2016.

Mezaque da S. J. Rodrigues
GERENTE OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO I- TERMO DE REFERÊNCIA

Esse anexo será subdividido por BLOCOS por tipo de ESPECIALIDADE:

**BLOCO I
DIVERSOS**

Nº	DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	VALOR
01	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
02	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
03	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R\$ 60,00
04	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
05	GONIOSCOPIA	R\$ 43,20
06	ECOBOMETRIA	R\$ 50,00
07	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
08	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
09	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ 60,00
10	OCT – TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM – TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R\$ 130,00
DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA		
18	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
19	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
20	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
21	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
22	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANS-RETAL	R\$ 250,00
23	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 120,00
24	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 200,00
25	ESTEROTAXIA	R\$ 150,00
26	CONIZAÇÃO (CAF)	R\$ 250,00
27	CORE BIOPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R\$ 250,00
28	COREBIOPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R\$ 250,00
29	BIOPSIA MAIS PESQUISA HPV	R\$ 45,00
30	BIOPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R\$ 45,00
31	BIOPSIA SIMPLES	R\$ 40,00
32	BIOPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R\$ 20,00
DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
33	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R\$ 550,00
34	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R\$ 230,00
35	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 480,00
36	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
37	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 260,00
38	CINTILOGRAFIA FIGADO EVIAS BILIARES	R\$ 270,00
39	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 250,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

40	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 260,00
41	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 200,00
42	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 370,00
43	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO	R\$ 250,00
44	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO	R\$ 250,00
45	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 250,00
46	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 150,00
47	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 220,00
48	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 750,00
49	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 250,00
50	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 330,00
51	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R\$ 650,00
52	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
53	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA		
54	COLPOSCOPIA	R\$ 50,00
55	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 60,00
DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA		
56	BRONCSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
57	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00
ANESTESIOLOGIA		
58	ANESTEGIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
TESTES ALÉRGICOS		
59	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
60	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00
61	TESTE INALANTE	R\$ 70,00

Valor Global bloco I : R\$ 200.000 (duzentos mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO II

EXAMES DE DIAGNÓSTICO RADIOLOGIA

Nº	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	VALOR
01	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 120,00
02	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R\$ 100,00
03	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
04	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
05	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
06	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
07	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
08	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO – LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO)	R\$ 30,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFILL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE UMERO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R\$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R\$ 40,00
85	MAMOGRAFIA	R\$ 45,00
86	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 55,10
Nº	DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA	VALOR
01	ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 40,00
02	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 90,00
03	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 100,00
04	ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
05	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 40,00
06	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 100,00
07	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 55,00
08	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 55,00
09	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 45,00
10	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 40,00
11	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 70,00
12	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 40,00
13	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 40,00
14	ULTRA-SONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 40,00
15	ULTRA-SONOGRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
16	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 50,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 50,00
18	ULTRA-SONOGRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
19	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
20	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 40,00
21	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 100,00
22	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 40,00
23	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 75,00
24	ULTRA-SONOGRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
25	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 40,00
26	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO	R\$ 90,00
27	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL	R\$ 70,00
28	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 40,00
29	ULTRA-SONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 37,00
30	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 28,00
31	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
32	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 40,00
33	ULTRA-SONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 40,00
34	ULTRASSONOGRAMA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 150,00
35	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 150,00
36	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 100,00
37	ULTRASSONOGRAMA HEMITORAX	R\$ 30,00
38	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
39	ULTRASSONOGRAMA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
40	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 100,00
Nº	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	VALOR
01	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
02	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
03	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
04	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
05	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
06	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
07	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
08	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
09	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	R\$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 190,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRÁFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRÁFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRÁFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRÁFIA DE TORAX	R\$ 510,00

	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
01	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
02	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
03	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
04	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA (CADA MAMA)	R\$ 350,00
05	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 750,00
06	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA COM ESTUDO DINAMICO	R\$ 350,00
07	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA UNILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
08	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
09	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTI-BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA E PELVE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	R\$ 350,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

14	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
15	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 350,00
16	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
17	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
18	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 350,00
20	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
21	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
22	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO UNILATERAL	R\$ 350,00
23	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAO UNILATERAL	R\$ 350,00
24	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
25	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
26	RESSONANCIA MAGNETICA DE PE (UNILATERAL)	R\$ 350,00
27	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
28	RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO	R\$ 350,00
29	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 350,00
30	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 350,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 350,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 400,00
33	RESSONANCIA MAGNETICA MORFOLOGICA E FUNCIONAL DO CORAÇÃO	R\$ 400,00
34	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL (BILATERAL)	R\$ 350,00
35	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEIOS DA FACE OU FACE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
36	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
37	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
38	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
39	RESSONANCIA MAGNETICA MASTOIDE/OUVIDOS BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
40	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
41	RESSONANCIA MAGNETICA PLENO BRAQUIAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
42	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM) COM CONTRASTE	R\$ 400,00
43	ANGIORESSONANCIA ABDOME	R\$ 400,00
44	ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 460,00
45	COLANGIO RESSONANCIA CRANIO	R\$ 400,00
46	ORTO TORÁCICA CRANIO	R\$ 400,00

Valor Global bloco II: R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO III
EXAMES DE CARDIOLOGIA

Nº	CARDIOLOGIA	VALOR
01	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,00
02	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 100,00
03	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 75,00
04	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 150,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

05	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
06	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 180,00
07	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 360,00
08	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTERSE	R\$ 400,00
09	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 75,00
10	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORÇÃO)	R\$ 450,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 100,00
12	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL – MAPA (24 HORAS)	R\$ 100,00
13	TILT TESTE	R\$ 250,00

Valor Global bloco III: R\$15.500,00 (quinze mil e quinhentos reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO IV

GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA

Nº	GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA	VALOR
01	COLONOSCOPIA	R\$ 400,00
02	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 500,00
03	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
04	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
05	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
06	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 180,00
07	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
08	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
09	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIAFLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 110,00

Valor Global bloco IV: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO V

NEUROLOGIA

Nº		VALOR
01	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
03	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
04	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
05	POLISSONOGRAMA	R\$ 400,00

Valor Global bloco V: R\$ 25.000,00 (vinte cinco mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO VI

UROLOGIA

Nº		VALOR
01	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

02	UROGRAFIA ESCRETORA	R\$ 280,00
03	UROFLUXOMETRIA	R\$ 85,00
04	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 310,00
05	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R\$ 250,00
06	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R\$ 200,00
07	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00

Valor Global bloco VI: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO VII

OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

Nº		VALOR
01	AUDIOMETRIA	R\$ 60,00
02	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 60,00
03	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
04	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 60,00
05	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
06	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
07	BERA	R\$ 200,00
08	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
09	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTEOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00

Valor Global bloco VII: R\$10.000,00 (dez mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II - TERMO DE REFERÊNCIA
TERMO DE CREDENCIAMENTO – ADESÃO

_____, inscrita no CNPJ sob o nº . _____, por intermédio de seu representante legal _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº . _____ e do CPF nº . _____, declara nesta data, conhecer e aceitar as exigências contidas no Edital de Credenciamento nº . XX/ 2016 e seus anexos, manifestando aqui seu desejo de adesão para a Prestação de Serviços de Exames Especializados abaixo listados os Blocos relacionados no Anexo I deste Edital marcado com (X), para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde do Município de Presidente Kennedy, ES, recebendo pelos serviços prestados o valor contido neste Edital (Tabela CIM POLO SUL), por cada exame realizado.

Vale ressaltar que atesto o atendimento de 100% do bloco listado abaixo.

Anexo o presente encontra-se os documentos solicitados no Edital de Credenciamento.

Anexo I	
BLOCO I	
BLOCO II	
BLOCO III	
BLOCO IV	
BLOCO V	
BLOCO VI	
BLOCO VII	

_____ de _____ de _____.

Representante Legal Nome,
CPF, Carimbo do CNPJ/MF



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III - TERMO DE REFERÊNCIA

DECLARAÇÃO

_____, inscrita no CNPJ sob o nº . _____, por intermédio de seu representante legal _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº . _____ e do CPF nº . _____, DECLARA, para os fins dispostos no inciso V do art. 27 da Lei nº . 8.666 de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº . 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, não emprega menor de dezesseis anos, exceto a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

_____ de _____ de _____.

(representante legal)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO IV - TERMO DE REFERÊNCIA

MINUTA DE CONTRATO
CONTRATO Nº 000/2016

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº....., com sede na Rua Lucio Moreira Filho, nº 49, Centro, Presidente Kennedy/ES – CEP: 29.350-000, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. _____, aqui denominado Contratante, do outro lado....., com sede/residente na....., Bairro....., na cidade de, inscrita no CPF sob o nº....., doravante denominada CONTRATADA, na forma do Credenciamento nº ____/2016 e com base no art. 25, “caput” da Lei nº 8666/93 e suas alterações, celebram o presente Contrato, mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a Contratação de pessoa(s) jurídica(s) para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames de imagem com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - Para cada um dos prestadores convocados deverá respeitar a ordem de credenciamento, também como a rotatividade. Em caso de impossibilidade de realização do serviço pelo primeiro da sequência da lista, será convocado o seguinte e assim sucessivamente, até a satisfação integral das necessidades do município.

2.2 - É vedada expressamente a cobrança por parte dos credenciados de qualquer sobretaxa em relação aos preços nos lotes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a)** Executar os serviços obedecendo as condições e prazos estabelecidos no edital e anexos;
- b)** Prezar pela máxima eficiência quando da realização dos serviços;
- c)** Atender aos usuários com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- d)** Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do aludido credenciamento, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição;
- e)** Justificar ao usuário, por escrito, as razões quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- f)** Notificar o Contratante de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao Contratante, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- g)** Prestar os serviços na forma ajustada;
- h)** Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas, entre a Contratada e seus empregados;
- i)** Efetuar o pagamento dos salários, encargos sociais e trabalhistas de seus empregados nas datas determinadas pela legislação em vigor.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- j)** Cumprir e fazer cumprir todas as normas regulamentares sobre Medicina e Segurança do Trabalho, obrigando seus empregados a trabalhar com equipamento de proteção individual;
- k)** Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- l)** Apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente credenciamento, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, bem como Certidões Negativas de Débito Salarial, expedida pela Delegacia Regional do Trabalho – DRT;
- m)** Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais decorrentes da execução do presente contrato;
- n)** Reparar, corrigir, remover substituir às suas expensas, no total ou em parte o objeto do presente contrato, em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;
- o)** Permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo Contratante, por escrito;
- p)** Disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos inerentes a realização dos serviços contratados;
- q)** Abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- r)** A Empresa Credenciada deverá entregar os resultados dos exames com seus respectivos laudos aos pacientes mediante apresentação de protocolo emitido pela Contratada no ato do exame;
- s)** Encaminhar mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde, Nota Fiscal acompanhada das requisições autorizadas, Boletim de Produção Individualizado (BPI) preenchido e, comprovante de lançamento de dados dos atendimentos no Sistema de Informação disponibilizado pelo Contratante para envio ao Ministério da Saúde, ficando o prestador sujeito a suspensão do pagamento caso não sejam cumpridas as exigências supramencionadas;
- t)** Todo material para execução dos trabalhos ficarão a expensas da Contratada;
- u)** A entrega do resultado deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias da realização do exame ao paciente;
- v)** O não cumprimento de quaisquer obrigações contidas neste Contrato de Credenciamento ocasionará o descredenciamento da pessoa jurídica, excluindo a mesma do rol de credenciados desta Municipalidade.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- a)** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.
- b)** Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis, na forma prevista no artigo 67 da Lei 8666/93.
- c)** Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando-lhe prazo para correção de tais irregularidades.
- d)** Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, na forma do contrato.
- e)** Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Contratada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.
- f)** Providenciar as inspeções da execução dos serviços, com vistas ao cumprimento dos prazos, pela contratada, fiscalização da qualidade dos serviços que estão sendo prestados, bem como a expedição de autorização de serviço.
- g)** Compete ao contratante o recebimento, conferência e atestado das notas fiscais emitidas pela contratada.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- h)** Fiscalizar as instalações da contratada, verificando se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do contrato.
- i)** Organizar e regular os fluxos dos usuários do SUS/Presidente Kennedy.
- j)** Solicitar à empresa nos prazos previstos, a documentação referente a seu pessoal, observado as especificações constantes no termo de referência, supervisionando rotineiramente a observância das normas de Segurança e Higiene do Trabalho.
- k)** Providenciar as inspeções da execução dos serviços, com vistas ao cumprimento dos prazos pela Contratada, fiscalização da qualidade dos serviços que estão sendo prestados.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

- 5.1** – O Contratante pagará em conformidade com os valores constantes da Tabela de preços do CIM POLO SUL.
- 5.2** – Para fins de empenho e liquidação, se dará, mensalmente mediante emissão de Nota Fiscal e o pagamento efetuado em até 30 (trinta) dias após a emissão da Nota Fiscal.
- 5.3** - O preço contratado compõe todos os custos de manutenção das atividades e demais despesas, incluídos os materiais, encargos fiscais, trabalhistas ou de qualquer outra natureza inerentes, sem qualquer custo adicional à Contratante.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1 - 13.1. As despesas decorrentes da execução dos serviços a serem prestados pelas empresas credenciadas correrão por conta das seguintes Dotações Orçamentárias:

- Secretaria Municipal de Saúde - Classificação Funcional 024.004.101220262.360 - Natureza da Despesa 3.3.90.39.00000- Outros Serviços de Terceiros- PJ- Fonte do Recurso -1640000

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.1 - O pagamento está condicionado à apresentação da NF e CND's discriminadas abaixo:

- a)** Prova de Regularidade de Quitação de Tributos Federais;
- b)** Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- c)** Prova de Regularidade com Fazenda Municipal, do local de residência.
- d)** Prova de Regularidade com Fazenda Municipal de Presidente Kennedy.
- e)** Prova de Regularidade com Tribunal Superior do Trabalho.
- f)** Prova de Regularidade com a Caixa FGTS.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DO PREÇO

8.1 – Os preços somente serão reajustados mediante alteração da tabela de preços do CIM POLO SUL.

CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

9.1 - A execução do presente contrato será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

10.1 - Fica a CONTRATADA sujeita a multa prevista no artigo 87 da Lei nº 8.666/93, correspondente a 10% (dez por cento) do valor do pagamento, por infração de qualquer cláusula ou condição, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

10.2 - O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.3 - Fica sujeita também às penalidades previstas nos artigos 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1 - Constituem motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima.

11.2 - A CONTRATADA reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

11.3 - O presente Contrato poderá ser rescindido voluntariamente, por qualquer das partes, mediante prévia notificação com prazo não inferior a 30 (trinta) dias e, compulsoriamente pelo descumprimento de qualquer das cláusulas deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

12.1 - A duração do presente contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite da Lei, desde que mantidas todas as condições do credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

13.1 - O CONTRATANTE poderá modificar unilateralmente o presente Contrato para melhor adequação às finalidades de interesse público.

13.2 - A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, Mediante Processo, devidamente instruído, conforme § 1º do art. 65, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

14.1 - Aplicam-se, no que couber, as disposições contidas nos artigos 77, 78, 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

15.1 - O presente contrato está vinculado Edital de Credenciamento nº ____/2016, Processo de Requerimento nº ____/2016 e, em conformidade com a Lei nº 8.666/93, de 23 de Junho de 1993, e suas alterações, a qual terá aplicabilidade também onde o contrato for omissivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1 - As partes elegem o Foro de Presidente Kennedy-ES para dirimir dúvidas emergentes do presente Contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Presidente Kennedy-ES, xxxxxxx de 2017.

NOME
Contratado

Kamille Ventury Canzian
PRESIDENTE- COAPS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II - Edital

Esse anexo será subdividido por BLOCOS por tipo de ESPECIALIDADE:

**BLOCO I
DIVERSOS**

Nº	DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	VALOR
01	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
02	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
03	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R\$ 60,00
04	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
05	GONIOSCOPIA	R\$ 43,20
06	ECOBOMETRIA	R\$ 50,00
07	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
08	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
09	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA	R\$ 60,00
10	OCT – TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM – TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R\$ 130,00
DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA		
18	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
19	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
20	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
21	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
22	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-RETAL	R\$ 250,00
23	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 120,00
24	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 200,00
25	ESTEROTAXIA	R\$ 150,00
26	CONIZAÇÃO (CAF)	R\$ 250,00
27	CORE BIOPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R\$ 250,00
28	COREBIOPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R\$ 250,00
29	BIOPSIA MAIS PESQUISA HPV	R\$ 45,00
30	BIOPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R\$ 45,00
31	BIOPSIA SIMPLES	R\$ 40,00
32	BIOPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R\$ 20,00
DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
33	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R\$ 550,00
34	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R\$ 230,00
35	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 480,00
36	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
37	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 260,00
38	CINTILOGRAFIA FIGADO EVIAS BILIARES	R\$ 270,00
39	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 250,00
40	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 260,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

41	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 200,00
42	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 370,00
43	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO	R\$ 250,00
44	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO	R\$ 250,00
45	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 250,00
46	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 150,00
47	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 220,00
48	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 750,00
49	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 250,00
50	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 330,00
51	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R\$ 650,00
52	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
53	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA		
54	COLPOSCOPIA	R\$ 50,00
55	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 60,00
DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA		
56	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
57	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00
ANESTESIOLOGIA		
58	ANESTESIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
TESTES ALÉRGICOS		
59	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
60	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00
61	TESTE INALANTE	R\$ 70,00

Valor Global bloco I : R\$ 200.000 (duzentos mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO II

EXAMES DE DIAGNÓSTICO RADIOLOGIA

Nº	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	VALOR
01	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 120,00
02	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R\$ 100,00
03	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
04	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
05	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
06	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
07	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
08	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO – LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO(AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R\$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFILL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE UMERO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R\$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R\$ 40,00
85	MAMOGRAFIA	R\$ 45,00
86	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 55,10
Nº	DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA	VALOR
01	ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 40,00
02	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 90,00
03	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 100,00
04	ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
05	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 40,00
06	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 100,00
07	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 55,00
08	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 55,00
09	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 45,00
10	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 40,00
11	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 70,00
12	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 40,00
13	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 40,00
14	ULTRA-SONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 40,00
15	ULTRA-SONOGRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
16	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 50,00
17	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 50,00
18	ULTRA-SONOGRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

19	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
20	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 40,00
21	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 100,00
22	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 40,00
23	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 75,00
24	ULTRA-SONOGRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
25	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 40,00
26	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO	R\$ 90,00
27	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL	R\$ 70,00
28	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 40,00
29	ULTRA-SONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 37,00
30	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 28,00
31	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
32	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 40,00
33	ULTRA-SONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 40,00
34	ULTRASSONOGRAMA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 150,00
35	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 150,00
36	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 100,00
37	ULTRASSONOGRAMA HEMITORAX	R\$ 30,00
38	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
39	ULTRASSONOGRAMA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
40	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 100,00
Nº	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	VALOR
01	TOMOGRAMA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
02	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
03	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
04	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
05	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
06	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
07	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
08	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
09	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE COTOVELOIS	R\$ 200,00
12	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00
15	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 190,00
18	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRÁFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRÁFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRÁFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRÁFIA DE TORAX	R\$ 510,00

	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
01	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
02	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
03	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
04	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA (CADA MAMA)	R\$ 350,00
05	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 750,00
06	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA COM ESTUDO DINAMICO	R\$ 350,00
07	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA UNILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
08	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
09	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTI-BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA E PELVE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	R\$ 350,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
15	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 350,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

16	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
17	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
18	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 350,00
20	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
21	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
22	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO UNILATERAL	R\$ 350,00
23	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAO UNILATERAL	R\$ 350,00
24	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
25	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
26	RESSONANCIA MAGNETICA DE PE (UNILATERAL)	R\$ 350,00
27	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
28	RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO	R\$ 350,00
29	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 350,00
30	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 350,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 350,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 400,00
33	RESSONANCIA MAGNETICA MORFOLOGICA E FUNCIONAL DO CORAÇÃO	R\$ 400,00
34	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL (BILATERAL)	R\$ 350,00
35	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEIOS DA FACE OU FACE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
36	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
37	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
38	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
39	RESSONANCIA MAGNETICA MASTOIDE/OUVIDOS BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
40	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
41	RESSONANCIA MAGNETICA PLENO BRAQUIAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
42	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM) COM CONTRASTE	R\$ 400,00
43	ANGIORESSONANCIA ABDOME	R\$ 400,00
44	ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 460,00
45	COLANGIO RESSONANCIA CRANIO	R\$ 400,00
46	ORTO TORÁCICA CRANIO	R\$ 400,00

Valor Global bloco II: R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO III
EXAMES DE CARDIOLOGIA

Nº	CARDIOLOGIA	VALOR
01	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,00
02	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 100,00
03	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 75,00
04	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 150,00
05	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
06	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 180,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

07	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 360,00
08	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTERSE	R\$ 400,00
09	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 75,00
10	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORÇÃO)	R\$ 450,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 100,00
12	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL – MAPA (24 HORAS)	R\$ 100,00
13	TILT TESTE	R\$ 250,00

Valor Global bloco III: R\$15.500,00 (quinze mil e quinhentos reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO IV

GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA

Nº	GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA	VALOR
01	COLONOSCOPIA	R\$ 400,00
02	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 500,00
03	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
04	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
05	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
06	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 180,00
07	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
08	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
09	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIAFLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 110,00

Valor Global bloco IV: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO V

NEUROLOGIA

Nº		VALOR
01	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
03	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
04	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
05	POLISSONOGRAMA	R\$ 400,00

Valor Global bloco V: R\$ 25.000,00 (vinte cinco mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO VI

UROLOGIA

Nº		VALOR
01	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00
02	UROGRAFIA ESCRETORA	R\$ 280,00
03	UROFLUXOMETRIA	R\$ 85,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

04	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 310,00
05	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R\$ 250,00
06	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R\$ 200,00
07	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00

Valor Global bloco VI: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO VII

OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

Nº		VALOR
01	AUDIOMETRIA	R\$ 60,00
02	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 60,00
03	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
04	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 60,00
05	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
06	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
07	BERA	R\$ 200,00
08	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
09	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00

Valor Global bloco VII: R\$10.000,00 (dez mil reais)

Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III -Edital
TERMO DE CREDENCIAMENTO – ADESÃO

_____, inscrita no CNPJ sob o nº . _____, por intermédio de seu representante legal _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº . _____ e do CPF nº . _____, declara nesta data, conhecer e aceitar as exigências contidas no Edital de Credenciamento nº . XX/ 2016 e seus anexos, manifestando aqui seu desejo de adesão para a Prestação de Serviços de Exames Especializados abaixo listados os Blocos relacionados no Anexo I deste Edital marcado com (X), para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde do Município de Presidente Kennedy, ES, recebendo pelos serviços prestados o valor contido neste Edital (Tabela CIM POLO SUL), por cada exame realizado.

Vale ressaltar que atesto o atendimento de 100% do bloco listado abaixo.

Anexo o presente encontra-se os documentos solicitados no Edital de Credenciamento.

Anexo I	
BLOCO I	
BLOCO II	
BLOCO III	
BLOCO IV	
BLOCO V	
BLOCO VI	
BLOCO VII	

_____ de _____ de _____.

Representante Legal Nome,
CPF, Carimbo do CNPJ/MF



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO IV -Edital

DECLARAÇÃO

_____, inscrita no CNPJ sob o nº . _____, por intermédio de seu representante legal _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº . _____ e do CPF nº . _____, DECLARA, para os fins dispostos no inciso V do art. 27 da Lei nº . 8.666 de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº . 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, não emprega menor de dezesseis anos, exceto a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

_____ de _____ de _____.

(representante legal)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO V -Edital

MINUTA DE CONTRATO
CONTRATO Nº 000/2016

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº....., com sede na Rua Lucio Moreira Filho, nº 49, Centro, Presidente Kennedy/ES – CEP: 29.350-000, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. _____, aqui denominado Contratante, do outro lado....., com sede/residente na....., Bairro....., na cidade de, inscrita no CPF sob o nº....., doravante denominada CONTRATADA, na forma do Credenciamento nº ____/2016 e com base no art. 25, “caput” da Lei nº 8666/93 e suas alterações, celebram o presente Contrato, mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O presente Termo de Referência tem por objeto a Contratação de pessoa(s) jurídica(s) para a prestação de serviços de exames especializados para atender as demandas da Secretaria de Saúde do Município de Presidente Kennedy – ES, com base na Tabela de preços do CIM POLO SUL, compreendendo exames de imagem com laudos, para atendimento a pacientes da rede pública municipal de saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - Para cada um dos prestadores convocados deverá respeitar a ordem de credenciamento, também como a rotatividade. Em caso de impossibilidade de realização do serviço pelo primeiro da sequência da lista, será convocado o seguinte e assim sucessivamente, até a satisfação integral das necessidades do município.

2.2 - É vedada expressamente a cobrança por parte dos credenciados de qualquer sobretaxa em relação aos preços nos lotes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a)** Executar os serviços obedecendo as condições e prazos estabelecidos no edital e anexos;
- b)** Prezar pela máxima eficiência quando da realização dos serviços;
- c)** Atender aos usuários com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- d)** Afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do aludido credenciamento, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição;
- e)** Justificar ao usuário, por escrito, as razões quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- f)** Notificar o Contratante de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao Contratante, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
- g)** Prestar os serviços na forma ajustada;
- h)** Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas, entre a Contratada e seus empregados;
- i)** Efetuar o pagamento dos salários, encargos sociais e trabalhistas de seus empregados nas datas determinadas pela legislação em vigor.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- j)** Cumprir e fazer cumprir todas as normas regulamentares sobre Medicina e Segurança do Trabalho, obrigando seus empregados a trabalhar com equipamento de proteção individual;
- k)** Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- l)** Apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas no presente credenciamento, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, bem como Certidões Negativas de Débito Salarial, expedida pela Delegacia Regional do Trabalho – DRT;
- m)** Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais decorrentes da execução do presente contrato;
- n)** Reparar, corrigir, remover substituir às suas expensas, no total ou em parte o objeto do presente contrato, em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução;
- o)** Permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo Contratante, por escrito;
- p)** Disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos inerentes a realização dos serviços contratados;
- q)** Abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- r)** A Empresa Credenciada deverá entregar os resultados dos exames com seus respectivos laudos aos pacientes mediante apresentação de protocolo emitido pela Contratada no ato do exame;
- s)** Encaminhar mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde, Nota Fiscal acompanhada das requisições autorizadas, Boletim de Produção Individualizado (BPI) preenchido e, comprovante de lançamento de dados dos atendimentos no Sistema de Informação disponibilizado pelo Contratante para envio ao Ministério da Saúde, ficando o prestador sujeito a suspensão do pagamento caso não sejam cumpridas as exigências supramencionadas;
- t)** Todo material para execução dos trabalhos ficarão a expensas da Contratada;
- u)** A entrega do resultado deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias da realização do exame ao paciente;
- v)** O não cumprimento de quaisquer obrigações contidas neste Contrato de Credenciamento ocasionará o descredenciamento da pessoa jurídica, excluindo a mesma do rol de credenciados desta Municipalidade.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- a)** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.
- b)** Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis, na forma prevista no artigo 67 da Lei 8666/93.
- c)** Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando-lhe prazo para correção de tais irregularidades.
- d)** Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, na forma do contrato.
- e)** Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Contratada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.
- f)** Providenciar as inspeções da execução dos serviços, com vistas ao cumprimento dos prazos, pela contratada, fiscalização da qualidade dos serviços que estão sendo prestados, bem como a expedição de autorização de serviço.
- g)** Compete ao contratante o recebimento, conferência e atestado das notas fiscais emitidas pela contratada.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- h)** Fiscalizar as instalações da contratada, verificando se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do contrato.
- i)** Organizar e regular os fluxos dos usuários do SUS/Presidente Kennedy.
- j)** Solicitar à empresa nos prazos previstos, a documentação referente a seu pessoal, observado as especificações constantes no termo de referência, supervisionando rotineiramente a observância das normas de Segurança e Higiene do Trabalho.
- k)** Providenciar as inspeções da execução dos serviços, com vistas ao cumprimento dos prazos pela Contratada, fiscalização da qualidade dos serviços que estão sendo prestados.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

5.1 – O Contratante pagará em conformidade com os valores constantes da Tabela de preços do CIM POLO SUL.

5.2 – Para fins de empenho e liquidação, se dará, mensalmente mediante emissão de Nota Fiscal e o pagamento efetuado em até 30 (trinta) dias após a emissão da Nota Fiscal.

5.3 - O preço contratado compõe todos os custos de manutenção das atividades e demais despesas, incluídos os materiais, encargos fiscais, trabalhistas ou de qualquer outra natureza inerentes, sem qualquer custo adicional à Contratante.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1 - 13.1. As despesas decorrentes da execução dos serviços a serem prestados pelas empresas credenciadas correrão por conta das seguintes Dotações Orçamentárias:

- Secretaria Municipal de Saúde - Classificação Funcional 024.004.101220262.360 - Natureza da Despesa 3.3.90.39.00000- Outros Serviços de Terceiros- PJ- Fonte do Recurso -1640000

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.1 - O pagamento está condicionado à apresentação da NF e CND's discriminadas abaixo:

- a)** Prova de Regularidade de Quitação de Tributos Federais;
- b)** Prova de Regularidade com a Fazenda Estadual;
- c)** Prova de Regularidade com Fazenda Municipal, do local de residência.
- d)** Prova de Regularidade com Fazenda Municipal de Presidente Kennedy.
- e)** Prova de Regularidade com Tribunal Superior do Trabalho.
- f)** Prova de Regularidade com a Caixa FGTS.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DO PREÇO

8.1 – Os preços somente serão reajustados mediante alteração da tabela de preços do CIM POLO SUL.

CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

9.1 - A execução do presente contrato será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

10.1 - Fica a CONTRATADA sujeita a multa prevista no artigo 87 da Lei nº 8.666/93, correspondente a 10% (dez por cento) do valor do pagamento, por infração de qualquer cláusula ou condição, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

10.2 - O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY
ESTADO DO ESPIRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.3 - Fica sujeita também às penalidades previstas nos artigos 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1 - Constituem motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima.

11.2 - A CONTRATADA reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

11.3 - O presente Contrato poderá ser rescindido voluntariamente, por qualquer das partes, mediante prévia notificação com prazo não inferior a 30 (trinta) dias e, compulsoriamente pelo descumprimento de qualquer das cláusulas deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

12.1 - A duração do presente contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite da Lei, desde que mantidas todas as condições do credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

13.1 - O CONTRATANTE poderá modificar unilateralmente o presente Contrato para melhor adequação às finalidades de interesse público.

13.2 - A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, Mediante Processo, devidamente instruído, conforme § 1º do art. 65, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

14.1 - Aplicam-se, no que couber, as disposições contidas nos artigos 77, 78, 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

15.1 - O presente contrato está vinculado Edital de Credenciamento nº ____/2016, Processo de Requerimento nº ____/2016 e, em conformidade com a Lei nº 8.666/93, de 23 de Junho de 1993, e suas alterações, a qual terá aplicabilidade também onde o contrato for omissivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1 - As partes elegem o Foro de Presidente Kennedy-ES para dirimir dúvidas emergentes do presente Contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Presidente Kennedy-ES, xxxxxxx de 2017.

NOME
Contratado

Kamille Ventury Canzian
PRESIDENTE- COAPS