

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

**1º ALTERAÇÃO DOS ANEXOS DO EDITAL
DO CREDENCIAMENTO N º 01/2017**

O Município de Presidente Kennedy- ES, através da Presidente da Comissão de Avaliação de Produtos e Serviços- COAPS, torna público aos interessados que está prorrogada a data de abertura do credenciamento, bem como alteração dos anexos do Edital, para CADASTRAMENTO de pessoa jurídica para prestação de serviços de exames especializados, conforme preços praticados na tabela SUS e tabela do CIM POLO SUL, por meio de Contrato de Prestação de Serviços firmado com a Administração Municipal. A alteração do anexo estará disponível no site www.presidentekennedy.es.gov.br.

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 19 de janeiro até o dia 09 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.

ANEXO II - EDITAL

Esse anexo será subdividido por BLOCOS por tipo de ESPECIALIDADE:

**BLOCO I
EXAMES OFTALMOLOGICO**

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	ECOBIMETRIA	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

Valor Global bloco I : R\$20.000 (vinte 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

BLOCO II
DIAGNÓSTICO POR BIÓPSIA

	DIAGNÓSTICO POR BIÓPSIA	
18	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
19	BIÓPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
20	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
21	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
22	BIÓPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-RETAL)	R\$ 250,00
23	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 120,00
24	BIÓPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 200,00
25	ESTEROTAXIA	R\$ 150,00
26	CONIZAÇÃO (CAF)	R\$ 250,00
27	CORE BIÓPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R\$ 250,00
28	COREBIÓPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R\$ 250,00
29	BIÓPSIA MAIS PESQUISA HPV	R\$ 45,00
30	BIÓPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R\$ 45,00
31	BIÓPSIA SIMPLES	R\$ 40,00
32	BIÓPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R\$ 20,00

Valor Global bloco II : R\$ 50.000 (cinquenta mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO III
DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR

	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
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

Valor Global bloco III : R\$100.000 (cem 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

BLOCO IV

DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA

	DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA	
54	COLPOSCOPIA	R\$ 50,00
55	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 60,00

Valor Global bloco IV : R\$ 5.000 (cinco mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO V

EXAMES PNEUMIOLOGIA

	DIAGNÓSTICO EM PNEUMIOLOGIA	
56	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
57	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00

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

BLOCO VI

EXAMES EM ANESTESIOLOGIA

	ANESTESIOLOGIA	
58	ANESTEGIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00

Valor Global bloco VI : R\$ 5.000 (cinco mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO VII

TESTES ALÉRGICOS

	TESTES ALÉRGICOS	
59	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
60	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00
61	TESTE INALANTE	R\$ 70,00

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

BLOCO VIII

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

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

09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIIACA	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
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

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

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
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

Valor Global bloco VIII: R\$80.000,00 (cem mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO IX

EXAMES DE DIAGNÓSTICO ULTRA-SONOGRAFIA

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

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

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 PUNÇAO 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

Valor Global bloco IX: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO X

EXAMES DE DIAGNÓSTICO PORTOMOGRAMA

Nº	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAMA	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	R\$ 210,00

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

	CONTRASTE)	
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
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 PESCOCO (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	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$ 510,00

Valor Global bloco X: R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta 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

BLOCO XI

EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR RESSONANCIA MAGNÉTICA

	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
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

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

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 XI: R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais)

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

BLOCO XII

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
07	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 360,00
08	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTERSSE	R\$ 400,00
09	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 75,00
10	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORAÇÃO)	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 XII: R\$15.500,00 (quinze mil e quinhentos reais)

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

BLOCO XIII

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 XIII: R\$ 70.000,00 (setenta 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

BLOCO XIV
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	POLISSONOGRAFIA	R\$ 400,00

Valor Global bloco XIV: R\$ 25.000,00 (vinte cinco mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO XV
UROLOGIA

Nº		VALOR
01	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00
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 XV: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais)
Valores com base na tabela de preços do CIM POLO SUL.

BLOCO XVI
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 XVI: 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 . ____/ 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 IX	
BLOCO II		BLOCO X	
BLOCO III		BLOCO XI	
BLOCO IV		BLOCO XII	
BLOCO V		BLOCO XIII	
BLOCO VI		BLOCO XIV	
BLOCO VII		BLOCO XV	
BLOCO VIII		BLOCO XVI	

_____ 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