EDITAL CONSOLIDADO COM A 12ª ALTERAÇÃO
PROCESSO DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2019

EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO/IMAGEM

(PREÇO DIFERENCIADO DA TABELA - SUS)

A Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre, no uso de suas atribuições;
***Considerando** a necessidade da contratação de serviços de saúde pelos gestores públicos, baseada em critérios uniformes, para suprir a necessidade da demanda dos usuários do sistema;*

***Considerando** a ausência de interessados (até a presente data) no Edital de Credenciamento originados dos Processos de Inexigibilidade de Licitação de nº 11/2019 que oferece exames/consultas a preços DIFERENCIADOS do valor da tabela SUS;*

***Considerando** ainda, a Resolução do Conselho Municipal de Saúde, nº 017 de 13 de agosto de 2019, que fixa os valores diferenciados a serem pagos pela contratação de consultas médicas especializadas e exames de diagnóstico/imagem constantes da tabela SUS, com valores diferenciados da tabela SUS.*

***Considerando** a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e a RESOLUÇÃO Nº 006 DE 12 DE MAIO DE 2023 para alteração no valor de consultas no credenciamento 04/2019 e inclusão de consulta em especialidade médica de Mastologia.*

Considerando a Resolução nº 015 de 17 de novembro de 2023;

Considerando a Resolução nº Resolução nº 02 de 05 de fevereiro de 2024, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Considerando a Resolução nº 03 DE 22 de fevereiro de 2024, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Considerando a Resolução nº 01 de 18 de fevereiro de 2025, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

Considerando o Decreto 18.309 de 27 de fevereiro de 2025;

Considerando a Resolução nº 05 de 19 de agosto de 2025, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

Considerando o Decreto 18.540 de 26 de agosto de 2025;

RESOLVE:

Convocar os prestadores de serviços de saúde interessados em oferecer serviços aos usuários do Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre - SC, nas condições aqui estabelecidas.

O **Fundo Municipal de Saúde de Campo Alegre SC,** pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 01.941.360/0001-50, com sede à Avenida Getúlio Vargas, nº 467, em Campo Alegre - SC, representado pelo Gestor Sra. Carolina da Costa Telma, CPF nº 061.299.189-09, faz saber a todos quantos interessarem, que está aberto o prazo para inscrições para o credenciamento de prestadores de serviços de saúde **(consultas médicas especializadas e exames de diagnóstico/imagem)**.

1. DO OBJETO E CONDIÇÕES

1.1. O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de profissionais e clínicas, para a prestação de serviços de saúde, (consultas médicas especializadas e exames de diagnóstico/imagem), com valores diferenciados da tabela SUS**,** que o Município utiliza para seus usuários conforme valores constantes da TABELA (preço diferenciado da tabela – SUS), abaixo transcritos, que o Município utiliza para seus usuários:

TABELA: CONSULTAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DA CONSULTA	TABELA DE PREÇO (R$)
0301010072	CONSULTA EM UROLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R$ 120,00
0301010072	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	R$ 120,00
0301010072	CONSULTA EM ORTOPEDIA	R$ 80,00
0301010072	CONSULTA EM NEUROLOGIA	R$ 250,00
0301010072	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA VASCULAR	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	R$ 200,00
0301010072	CONSULTA EM GINECOLOGIA	R$ 120,00
0301010072	CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM HEMATOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	R$ 160,00
0301010072	CONSULTA EM PEDIATRIA	R$ 120,00
0301010072	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	R$ 150,00
0301010072	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R$ 150,00
0301010072	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM NEFROLOGIA	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM ONCOLOGIA	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM ALERGOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM INFECTOLOGIA	R$ 120,00

0301010072	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM HEPATOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM PROCTOLOGIA	R$ 100,00
0301010072	CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA/INFANTIL	R$ 75,00
0301010072	CONSULTA EM PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA/INFANTIL	R$ 200,00
0301010072	CONSULTA EM MASTOLOGIA	R$ 120,00

TABELA: EXAMES

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	TABELA DE PREÇO (R$)
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA S/ CONTRASTE	R$ 180,00
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA C/ CONTRASTE	R$ 280,00
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 180,00
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 280,00
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO,	R$ 180,00

	ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) S/ CONTRASTE	
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ CONTRASTE	R$ 280,00
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE	R$ 280,00
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ CONTRASTE	R$ 380,00
0206020040	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIATINO S/ CONTRASTE	R$ 380,00
0206020040	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIATINO C/ CONTRASTE	R$ 480,00
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 200,00
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 300,00
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBRO INFERIOR S/ CONTRASTE	R$ 180,00
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBRO INFERIOR C/ CONTRASTE	R$ 280,00
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOME INFERIOR S/ CONTRASTE	R$ 320,00
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOME INFERIOR C/ CONTRASTE	R$ 420,00
0204060036	ESCANOMETRIA	R$ 150,00
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207010058	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207010058	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R$ 420,00

0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO/ AORTA C/ CINE	R$ 420,00
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONANCIA S/ CONTRASTE	R$ 420,00
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONANCIA C/ CONTRASTE	R$ 520,00
0205020089	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	R$ 120,00
0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 78,45
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 100,00
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R$ 78,45
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 78,45
0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R$ 78,45
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R$ 78,45
0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R$ 78,45
0205020119	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 100,00
0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R$ 78,45
0205020135	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R$ 100,00
0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R$ 78,45
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 100,00
0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R$ 78,45
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 90,00
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 78,45

0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R$ 100,00
0205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R$ 100,00
0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R$ 90,00
0204030030	MAMOGRAFIA	R$ 85,00
0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL P/ RASTREAMENTO	R$ 85,00
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA+OBLIQUAS+HIRTZ)	R$ 8,38
0204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+OBIQUAS)	R$ 6,96
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 8,38
0204010063	RADIOGRAFIA BILATERAL DE CAVUM (LATERAL+HIRTZ)	R$ 6,88
0204010071	RADIOGRAFIA BILATERAL DE CRANIO (PA+LATERAL+OBLIGUA/BRETTON + HIRTZ)	R$ 9,15
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+LATERAL)	R$ 7,52
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R$ 5,74
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	R$ 9,03
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+OBLIQUA)	R$ 7,20
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	R$ 8,38
0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R$ 7,98
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	R$ 7,32
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA+LATERAL+BRETTON)	R$ 7,20
0204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R$ 3,51
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R$ 9,03
0204010187	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R$ 1,75
0204010209	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R$ 6,44
0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBIQUAS)	R$ 8,33
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXAO)	R$ 8,19
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINAMICA	R$ 10,29
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	R$ 10,96
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBRO SACRA (C/ OBLIQUAS)	R$ 14,90
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL/DINAMICA	R$ 16,88
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP+LATERAL)	R$ 9,16

0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R$ 9,73
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R$ 15,58
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R$ 7,80
0204030056	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 14,32
0204030064	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL)	R$ 9,05
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R$ 8,37
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 19,24
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 7,98
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R$ 8,73
0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R$ 27,27
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICOLORDOTICA)	R$ 5,56
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	R$ 14,32
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 12,02
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 9,50
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO OIT)	R$ 6,55
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 6,88
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R$ 6,42
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 7,40
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R$ 7,40
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 7,40
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 7,77
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R$ 7,40
0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 5,90
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R$ 5,62
0204040094	RADIOGRAFIA DE MÃO	R$ 6,30
0204040108	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R$ 6,00
0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	R$ 7,98
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 6,91
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	R$ 10,73
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R$ 15,30
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES (AP)	R$ 7,17
0204050146	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R$ 35,22
0204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R$ 47,59
0204050162	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R$ 48,09
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R$ 7,77
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R$ 7,77
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	R$ 6,50
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 7,77

0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 6,50
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 8,94
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	R$ 6,78
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	R$ 7,16
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+OBLIQUA+3 AXIAIS)	R$ 9,29
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE/DEDOS DO PE	R$ 6,78
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 8,94
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 9,29
0201010542	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIO X (não inclui exame de base)	R$ 268,00
0211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R$ 127,35
0211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R$ 150,00
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R$ 353,66
0205010024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R$ 250,00
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 188,03
0211090077	UROFLUXOMETRIA	R$ 110,95
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R$ 200,00
0205010016	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R$ 200,00
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 250,00
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 250,00
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF (não inclui exame de base)	R$ 268,00
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 250,00
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	R$ 790,00
0211050024	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R$ 75,00
0211050040	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R$ 75,00
0211090018	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R$ 399,60
0204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	R$ 195,00
0204010020	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$ 27,32
0204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R$ 197,00
0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R$ 209,00
0204050014	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$ 47,76
0204050030	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$ 32,61
0204050057	FISTULOGRAFIA	R$ 223,00
0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 287,00
0204050170	URETROCISTOGRAFIA	R$ 52,11
0204050189	UROGRAFIA VENOSA	R$ 57,40
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	R$ 35,00
0205020011	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R$ 117,00

0211040029	COLPOSCOPIA	R$ 250,00
0211050067	ELETROMIOGRAMA (EMG)	R$ 99,40
0211080020	GASOMETRIA	R$ 100,00
0211080063	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES	R$ 53,50
0201010194	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE (não inclui exame de base)	R$ 615,00
0201010208	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO (não inclui exame de base)	R$ 615,00
0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (não inclui exame de base)	R$ 615,00
0201010275	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA (não inclui exame de base)	R$ 615,00
0201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES (não inclui exame de base)	R$ 300,00
0201010488	BIOPSIA DE URETER (não inclui exame de base)	R$ 615,00
0211070149	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 60,00
0211070270	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 60,00
0211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 39,45
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R$ 52,95
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R$ 106,80
0211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R$ 62,25
0211060224	TESTE DE VISÃO DE CORES	R$ 3,37
0405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER	R$ 75,15
0211060119	GONIOSCOPIA	R$ 31,05
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	R$ 39,45
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R$ 39,45
0405030193	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R$ 305,10
0205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R$ 26,70
0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 59,15
0211060186	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 172,80
0211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	R$ 39,45
020.01066-6	BIÓPSIA DE COLO UTERINO	R$ 85,00

1.2. A contratação do prestador de serviços de saúde poderá ser realizada imediatamente após a homologação da inscrição do mesmo pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde e formalização do contrato (conforme minuta constante do Anexo II).

1.2.1. A homologação da inscrição que trata o item 1.2 somente poderá ser emitida após aprovação da documentação exigida neste Edital (item 6), através de emissão de Parecer da Comissão de Avaliação (que será criada para este fim).

1.3. Os serviços serão prestados na sede da contratada ou da contratante.

1.4. Demais condições e cláusulas contratuais encontram-se no ANEXO II - Minuta de Contrato, parte integrante deste edital.

2. DOS PRESTADORES DE SERVIÇO

2.1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior, pessoas jurídicas do ramo, desde que "habilitadas" (conforme dispõe o item 6) e atendam todas as disposições deste Edital.

3. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. A remuneração dos serviços se dará unicamente com os valores fixados nas Tabela 1 (consultas) e Tabela 2 (exames), constante do item 1 deste Edital.

3.2. Os pagamentos serão efetuados pelo **CONTRATANTE**, no mês subsequente à prestação dos serviços executados (em até 15 dias após a entrega da nota fiscal), através de depósito em conta bancária da **CONTRATADA,** contra apresentação da nota fiscal de serviços, acompanhadas da 1ª (primeira) via de requisição de exames laboratoriais que deverá estar devidamente autorizada e assinada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Alegre - SC e ainda, deverá conter (na requisição) o nome dos Usuários (munícipe) atendido.

4. DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS

4.1. Os usuários dos serviços são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhados pelas mesmas, com **requisição de consulta/exames** devidamente autorizada, assinada e contendo o nome do Usuário.

5. DO CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇO

5.1. As condições do credenciamento de prestadores de serviços do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE** são universais e, portanto, sob as mesmas condições para todos os prestadores de serviços, razão pela qual são firmadas num termo de disposições rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto o Município como os prestadores de serviços, após o deferimento de sua inscrição para o seu credenciamento.

5.2. O credenciamento se dá imediatamente após a homologação da inscrição do prestador de saúde pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

6. DAS INSCRIÇÕES E HABILITAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

6.1. Para a "habilitação" o prestador de serviços de saúde deverá inscrever-se para o credenciamento.

6.1.1. A inscrição (que trata o item 6.1) inicia-se no dia **18 de setembro de 2019**, sem data prevista para encerramento, e deverá ser feita através da entrega (no Serviço de Suprimentos, sito a Rua

Cel. Bueno Franco, nº 292, centro, em Campo Alegre - SC, CEP 89.294-000) da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento constante do Anexo I) acompanhado dos seguintes documentos:

Quando PESSOA JURÍDICA

a) Requerimento de Credenciamento;

b) Cópia autenticada do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta para tal;

c) Cópia autenticada do Contrato Social, declaração de firma individual, Estatuto Social ou documento constitutivo, devidamente registrado no órgão competente e suas devidas alterações;

d) Cópia autenticada de diploma, títulos e/ou certificados do(s) responsável(is) técnico(s);

e) Certidão de Regularidade de inscrição da unidade (clínica) e dos profissionais no respectivo "Conselho Regional";

f) No caso de prestadores de serviços em **exames** relacionar os equipamentos disponíveis (à prestação do serviço);

g) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

h) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014);

i) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede do credenciado;

j) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do credenciado;

k) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) - CRF, fornecido pela Caixa Econômica Federal; e

l) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

Quando PESSOA FÍSICA

a) Requerimento de Credenciamento;

b) Cópia autenticada do alvará sanitário emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária, reconhecidamente apta(o) para tal;

c) Cópia do CPF;

d) Cópia do RG;

c) Cópia autenticada de diploma, títulos e/ou certificados do profissional;

d) Certidão de Regularidade de inscrição do profissional no respectivo "Conselho Regional";

e) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014);

f) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual da sede do credenciado;

g) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do credenciado;

h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

6.2. A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da inscrição e motivação para

a “inabilitação”.

6.3. Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Contrato (conforme minuta constante do Anexo II, parte integrante deste instrumento);

6.4. É de total responsabilidade do prestador de serviços manter os documentos relativos à habilitação devidamente atualizados, sob pena de rescisão contratual e suspensão de pagamentos até que seja regularizada a documentação.

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. Para obter cópia deste Edital e anexos, os interessados deverão acessar o *site* www.campoalegre.sc.gov.br ou www.diariomunicipal.sc.gov.br , ou ainda, solicitar o envio por e-mail (contato junto ao Serviço de Suprimentos no fone: 47-3632-2266).

7.2. A íntegra do presente Edital será publicado no Diário Oficial do Município (www.diariomunicipal.sc.gov.br), e ainda no *site* do Município (www.campoalegre.sc.gov.br).

7.3. O resumo do presente edital será publicado em jornal de grande circulação local.

7.4. Fazem parte integrante deste Edital, independentemente de sua transcrição, os seguintes anexos:

a) ANEXO I - Modelo Solicitação formal de Credenciamento (Requerimento);
b) ANEXO II - Minuta contratual.

Campo Alegre/SC, 12 de novembro de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
LUANA SELL MILCZEVSKY
Data: 12/11/2025 16:14:04-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

LUANA SELL MILCZEVSKY
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

ANEXO I - MODELO REQUERIMENTO
(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 04/2019)

REQUERIMENTO

1. EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2019

1.1. Pelo presente, atendendo aos preços fixados no Edital nº **04/2019**, vimos oferecer aos usuários do Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre, nossos serviços médicos, abaixo assinalado(s):

TABELA: CONSULTAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DA CONSULTA	TABELA DE PREÇO (R$)	Destacar com "X" o procedimento requerido
0301010072	CONSULTA EM UROLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R$ 120,00	
0301010072	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	R$ 120,00	
0301010072	CONSULTA EM ORTOPEDIA	R$ 80,00	
0301010072	CONSULTA EM NEUROLOGIA	R$ 250,00	
0301010072	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R$ 10,00	
0301010072	CONSULTA VASCULAR	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	R$ 200,00	
0301010072	CONSULTA EM GINECOLOGIA	R$ 120,00	
0301010072	CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM HEMATOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	R$ 160,00	
0301010072	CONSULTA EM PEDIATRIA	R$ 120,00	
0301010072	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	R$ 150,00	
0301010072	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R$ 150,00	
0301010072	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM NEFROLOGIA	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM ONCOLOGIA	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM ALERGOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM INFECTOLOGIA	R$ 120,00	
0301010072	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM HEPATOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM PROCTOLOGIA	R$ 100,00	
0301010072	CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA/INFANTIL	R$ 75,00	
0301010072	CONSULTA EM PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA/INFANTIL	R$ 200,00	

TABELA: CONSULTAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	TABELA DE PREÇO (R$)	Destacar com "X" o procedimento requerido
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA S/ CONTRASTE	R$ 180,00	
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA C/ CONTRASTE	R$ 280,00	
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 180,00	
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 280,00	
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) S/ CONTRASTE	R$ 180,00	
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ CONTRASTE	R$ 280,00	

0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX S/ CONTRASTE	R$ 280,00	
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ CONTRASTE	R$ 380,00	
0206020040	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIATINO S/ CONTRASTE	R$ 380,00	
0206020040	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIATINO C/ CONTRASTE	R$ 480,00	
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 200,00	
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 300,00	
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBRO INFERIOR S/ CONTRASTE	R$ 180,00	
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MEMBRO INFERIOR C/ CONTRASTE	R$ 280,00	
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOME INFERIOR S/ CONTRASTE	R$ 320,00	
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOME INFERIOR C/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0204060036	ESCANOMETRIA	R$ 150,00	
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207010058	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207010058	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA S/ CONTRASTE	R$ 420,00	

0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO/ AORTA C/ CINE	R$ 420,00	
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (UNILATERAL) S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (UNILATERAL) C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONANCIA S/ CONTRASTE	R$ 420,00	
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONANCIA C/ CONTRASTE	R$ 520,00	
0205020089	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	R$ 120,00	
0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 78,45	
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 100,00	
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R$ 78,45	
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R$ 78,45	
0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R$ 78,45	
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R$ 78,45	
0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R$ 78,45	
0205020119	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 100,00	
0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R$ 78,45	
0205020135	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R$ 100,00	

0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R$ 78,45	
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 100,00	
0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R$ 78,45	
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 90,00	
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R$ 78,45	
0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R$ 100,00	
0205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R$ 100,00	
0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R$ 90,00	
0204030030	MAMOGRAFIA	R$ 85,00	
0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL P/ RASTREAMENTO	R$ 85,00	
0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA+OBLIQUAS+HIRTZ)	R$ 8,38	
0204010047	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+OBIQUAS)	R$ 6,96	
0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 8,38	
0204010063	RADIOGRAFIA BILATERAL DE CAVUM (LATERAL+HIRTZ)	R$ 6,88	
0204010071	RADIOGRAFIA BILATERAL DE CRANIO (PA+LATERAL+OBLIGUA/BRETTON + HIRTZ)	R$ 9,15	
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+LATERAL)	R$ 7,52	
0204010098	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R$ 5,74	
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	R$ 9,03	
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+OBLIQUA)	R$ 7,20	
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	R$ 8,38	
0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R$ 7,98	
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	R$ 7,32	
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA+LATERAL+BRETTON)	R$ 7,20	
0204010160	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R$ 3,51	
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R$ 9,03	
0204010187	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R$ 1,75	
0204010209	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R$ 6,44	

0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBIQUAS)	R$ 8,33	
0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXAO)	R$ 8,19	
0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINAMICA	R$ 10,29	
0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	R$ 10,96	
0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBRO SACRA (C/ OBLIQUAS)	R$ 14,90	
0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL/DINAMICA	R$ 16,88	
0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP+LATERAL)	R$ 9,16	
0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R$ 9,73	
0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R$ 15,58	
0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R$ 7,80	
0204030056	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 14,32	
0204030064	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL)	R$ 9,05	
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R$ 8,37	
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 19,24	
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 7,98	
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R$ 8,73	
0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R$ 27,27	
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICOLORDOTICA)	R$ 5,56	
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	R$ 14,32	
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 12,02	
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 9,50	
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO OIT)	R$ 6,55	
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 6,88	
0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R$ 6,42	
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 7,40	
0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R$ 7,40	
0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 7,40	
0204040051	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 7,77	
0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R$ 7,40	

0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 5,90	
0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R$ 5,62	
0204040094	RADIOGRAFIA DE MÃO	R$ 6,30	
0204040108	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R$ 6,00	
0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	R$ 7,98	
0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLIQUA)	R$ 6,91	
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	R$ 10,73	
0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R$ 15,30	
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES (AP)	R$ 7,17	
0204050146	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R$ 35,22	
0204050154	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R$ 47,59	
0204050162	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R$ 48,09	
0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R$ 7,77	
0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R$ 7,77	
0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	R$ 6,50	
0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 7,77	
0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 6,50	
0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 8,94	
0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	R$ 6,78	
0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	R$ 7,16	
0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+OBLIQUA+3 AXIAIS)	R$ 9,29	
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE/DEDOS DO PE	R$ 6,78	
0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 8,94	
0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 9,29	
0201010542	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIO X (não inclui exame de base)	R$ 268,00	
0211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R$ 127,35	
0211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R$ 150,00	
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R$ 353,66	

0205010024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R$ 250,00	
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 188,03	
0211090077	UROFLUXOMETRIA	R$ 110,95	
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R$ 200,00	
0205010016	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R$ 200,00	
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 250,00	
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 250,00	
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF (não inclui exame de base)	R$ 268,00	
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 250,00	
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	R$ 790,00	
0211050024	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R$ 75,00	
0211050040	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R$ 75,00	
0211090018	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R$ 399,60	
0204010012	DACRIOCISTOGRAFIA	R$ 195,00	
0204010020	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$ 27,32	
0204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R$ 197,00	
0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R$ 209,00	
0204050014	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$ 47,76	
0204050030	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$ 32,61	
0204050057	FISTULOGRAFIA	R$ 223,00	
0204050065	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 287,00	
0204050170	URETROCISTOGRAFIA	R$ 52,11	
0204050189	UROGRAFIA VENOSA	R$ 57,40	
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	R$ 35,00	
0205020011	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R$ 117,00	
0211040029	COLPOSCOPIA	R$ 250,00	
0211050067	ELETROMIOGRAMA (EMG)	R$ 99,40	
0211080020	GASOMETRIA	R$ 100,00	
0211080063	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES	R$ 53,50	
0201010194	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE (não inclui exame de base)	R$ 615,00	
0201010208	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA / FRAGMENTO (não inclui exame de base)	R$ 615,00	
0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (não inclui exame de base)	R$ 615,00	
0201010275	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA (não inclui exame de base)	R$ 615,00	
0201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES (não inclui exame de base)	R$ 300,00	
0201010488	BIOPSIA DE URETER (não inclui exame de base)	R$ 615,00	

0211070149	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 60,00	
0211070270	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 60,00	
0211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 39,45	
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R$ 52,95	
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R$ 106,80	
0211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R$ 62,25	
0211060224	TESTE DE VISÃO DE CORES	R$ 3,37	
0405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER	R$ 75,15	
0211060119	GONIOSCOPIA	R$ 31,05	
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	R$ 39,45	
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R$ 39,45	
0405030193	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R$ 305,10	
0205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R$ 26,70	
0211060178	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 59,15	
0211060186	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 172,80	
0211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	R$ 39,45	
020.01066-6	BIÓPSIA DE COLO UTERINO	R$ 85,00	

Declaramos, desde já, que aceitamos todas as condições do Edital do Credenciamento nº 04/2019 (e seus anexos), bem como prestaremos o serviço de acordo com a legislação vigente.

Endereço para atendimento: _____
_____.

Observação: Em anexo segue a documentação necessária à habilitação/inscrição.

Para fins de pagamento, informamos abaixo nossos dados bancários:
Banco _____
Agência nº _____
Conta nº _____

e-mail:_____

Telefone: _____

_____, _____ de _____ de 200____.

Atenciosamente,

_____
Nome/Assinatura do responsável

ANEXO II - MINUTA CONTRATO
(Parte integrante do Edital de Credenciamento nº 04/2019)

CONTRATO Nº ___/2019.

TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE E DE OUTRO LADO _____.

Pelo presente instrumento particular de contrato que entre si celebram, de um lado o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO ALEGRE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 01.941.360/0001-50, com sede à Avenida Getúlio Vargas, nº 467, centro, em Campo Alegre - SC, neste ato representado pela Gestora, Sra. Carolina da Costa Telma, CPF nº 061.299.189-09, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE**,** de outro lado _____ (qualificação pessoa jurídica), de agora em diante denominada simplesmente de CONTRATADA, com fulcro na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, celebram o presente Contrato de Prestação de Serviço de Saúde para o Sistema de Saúde do Município de Campo Alegre - SC, nos termos que seguem abaixo (em decorrência do Processo de Inexigibilidade de Licitação nº XX/2019 - Credenciamento):

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

I - O presente contrato tem por objeto a execução de serviços especializados no(s) seguinte(s) procedimento(s): _____**,** conforme homologação da inscrição por parte do Gestor do Fundo Municipal de Saúde, em data de ___ de ____ de ____.

II - Os serviços a serem prestados pela CONTRATADA serão oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Campo Alegre-SC, dentro dos limites quantitativos fixados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/Fundo Municipal de Saúde (FMS) e deliberados pelo Conselho Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

I - Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional e serão ofertados aos usuários com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades de demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

II - Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados no seguinte endereço _____.

III - A CONTRATADA não poderá cobrar do paciente ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos desse contrato.

IV - A CONTRATADA responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto em razão da execução deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO

I - O presente contrato inicia-se na data de sua assinatura e expira em 31 de dezembro de XXXX (exercício financeiro), podendo ser prorrogado por mais 12 (doze) meses (respeitando o exercício financeiro vigente), até o limite de 60 (sessenta) meses.
II - Cabe a contratada manter todas as condições de habilitação exigidas no Edital do Credenciamento nº 04/2019.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇOES DA CONTRATADA
I - Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico;
II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
III - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.
IV - Justificar ao paciente, ou ao seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização e qualquer ato previsto no contrato.
V - Ficará responsável por todos os gastos relativos aos insumos, que forem necessários para a perfeita execução do presente contrato, exceto no caso de tomografia e ressonância nuclear magnética que será fornecido os contrastes.
VI - Notificar à SMS de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.
VII - Cumprir com todas as obrigações de naturezas fiscais a para fiscais, que incidam ou venham incidir direta ou indiretamente sobre os produtos contratados.
VIII - Manter atualizadas (dentro do prazo de validade) todos os documentos de habilitação as Certidão Negativa emitida pelo Instituto Nacional da Seguridade Social e Certidão Negativa do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA
I - A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente e aos órgãos da SMS/Fundo e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONTRATADA o direito de regresso.
II - A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da SMS/Fundo não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.
III - a responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO
I - A SMS/Fundo pagará mensalmente a CONTRATADA, pelos serviços **efetivamente prestados**, a importância correspondente ao número de procedimentos mensais realizados, desde que autorizados e aprovados pela SMS, nos termos do contrato e de acordo com os valores constantes na Tabela (em vigor), conforme transcreve-se:

ITEM	EXAMES	UNID	PREÇO UNITÁRIO
01	xxxxxxxxxx	SERV	xxxxxxxxxxx

II - Fica estabelecido, de forma criteriosa, que os serviços objeto deste contrato serão remunerados segundo a Tabela acima informada, vedada qualquer taxa ou complemento, sendo que o valor abaixo estimado não caracteriza nenhum tipo de previsão de crédito, conforme descrito no item acima;
III - Estima-se em R$ _____ (extenso) os gastos mensais com a execução deste contrato.
IV - A tabela de preços terá validade de 01 (um) ano, contados da publicação deste Edital, podendo ser prorrogada, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
Parágrafo Primeiro. No preço contratado estão incluídas todas as despesas para a execução do objeto.
Parágrafo Segundo. Os pagamentos dos exames autorizados e realizados do 1º dia do mês até o último dia do mês, serão efetuados em até 15 (quinze) dias após a apresentação da respectiva nota fiscal, desde que conferida e aceita.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS
As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente exercício (xxxx) à conta de dotação consignada no orçamento do Fundo Municipal de Saúde: _____.

CLÁUSULA OITAVA - DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO
A Fiscalização do objeto do presente contrato, fica por conta do Gestor do Fundo Municipal de Saúde.
Parágrafo Primeiro – O funcionário designado da Secretária Municipal de Saúde deverá controlar e autorizar as guias, através de carimbo de autorização na guia.

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES
Fica a CONTRATADA sujeita a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição pactuada neste contrato sem prejuízo das demais penalidades previstas, em especial as contidas nos arts. 86 e 87 da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, e demais disposições aplicáveis à espécie, assegurado o direito ao contraditório.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO
I - Constituem motivos para rescisão unilateral do presente contrato, o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas previstas na cláusula décima.
II - A CONTRATADA reconhece desde já os direitos da SMS/Fundo em caso de rescisão administrativo prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.
III - Em caso de rescisão contratual, se a interrupções das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão.
IV - Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

CLAÚSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
I - A contratualização de um prestador de serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterada, suspensa ou cancelada, se o contrato deixar de satisfazer os interesses da Administração Pública Municipal ou as normas do Sistema Único de Saúde.
II - O presente contrato está vinculado aos termos do Edital nº **04/2019**/SMS/Fundo.
III - Aplica-se ao presente Contrato, nas partes omissas, a legislação pertinente em vigor.

IV - As partes elegem o Foro da Comarca de São Bento do Sul - SC para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem justas e contratadas, as partes, firmam o presente termo em 03 (três) vias de igual teor e forma para que surtam seus efeitos, na presença de duas testemunhas.

Campo Alegre/SC, ____ de _____ de _____.

_____
CONTRATANTE

_____
CONTRATADA

TESTEMUNHAS: