



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 001 / 2018.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018.

1 – PREÂMBULO:

1.1 – A Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Paraná, através da Comissão Permanente de Licitação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, Lei 15.708/2009, suas alterações, Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, Portaria nº 2048/2009, 2488/2011 do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011, Lei de licitação nº. 15.608/2007, Resolução Normativa - RN nº 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução nº 1613/2001-CFM e Acórdão 1633/08 e demais legislações aplicáveis torna pública a realização **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018**, existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

2 – OBJETO:

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o, **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018**, nos termos das condições estabelecidos a seguir:

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

3.1 – Poderão participar do Credenciamento Pessoas Jurídicas da área de saúde que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos aos requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº. 8.666/93, Lei 15.608/2007.

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente termo no Órgão Oficial do Município e exposição no átrio do Paço Municipal, no Departamento de Licitação, **AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900, CENTRO, CEP: 87.528-000** em Alto Paraíso – PR.

4.2 – Serão considerados credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste termo.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento à partir da publicação deste, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, no endereço citado no item 4.1, deste termo.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Departamento de Licitação, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente no Paço Municipal, situado na **AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900, CENTRO, CEP: 87.528-000** Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2018 – PMAP.

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

NOME DA EMPRESA INTERESSADA:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

6.1 – Para o credenciamento de pessoas jurídicas, os mesmos deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) - Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo I;
- b) - Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no anexo II;
- c) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo V;
- d) - Cópias da CI/RG e CPF/MF do(s) sócio(s) gerente(s);
- e) - Cópia do CNPJ da empresa;
- f) - Cópias do Contrato Social e suas alteração(ões);
- g) - Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede da empresa;
- h) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- i) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- j) – Certidão Negativa de Falência e Concordata, Recuperação Judicial ou Extra Judicial, expedida pela comarca do domicílio da pessoa jurídica, participante do Processo de Credenciamento. Não constando o prazo de validade, a Comissão de Licitação aceitará apenas a certidão expedida até 60(sessenta) dias antes da apresentação da documentação. Somente serão aceitas certidões com o mesmo CNPJ da participante no certame.

6.2 - Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.

7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no Átrio do Paço Municipal, bem como por meio de expedição de convites aos profissionais da área médica, que gozem de boa reputação profissional.

7.2 – Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.3 – Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:

8.1 – Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 deste edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento, bem de sua capacitação profissional.

8.3 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.4 – A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

8.5 – A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Fundo Municipal de Saúde.

8.6 – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:

9.1 – As remunerações pela prestação dos serviços serão regidas pela Planilha de Custos - Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para 2018.

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços a serem contratados ao PROCESSO DE CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018, será de **até R\$ 3.000.000,00 (Três milhões de reais)** para o exercício de 2018.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

9.3 – O prazo de execução será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2018 ao dia 31 de JANEIRO DE 2019**, sendo que eventuais credenciamentos efetivados a partir da data limite serão efetivados e pagos em proporcionalidade.

9.4 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

9.5 – O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das áreas médicas.

9.6 – Cada área médica credenciada terá sua agenda e carga horária definida pelo respectivo Contrato de Prestação de Serviço;

9.7 – A quitação será realizada entre os dias 1º e 10º do mês subsequente à prestação de serviços, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/pessoa jurídica, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

9.8 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde, prevista pelo itens 9.7.

10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:

10.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 002/2018 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, Portaria 2048/2009, Decreto 7.508/2011 será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2018 ao dia 31 de JANEIRO DE 2019**.

10.2 - Os eventuais credenciamentos efetivados a partir da data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

10.3 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:

11.1 – Os valores dos procedimentos indicados não sofrerão reajustes pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos Médicos para 2018 – Referência (anexo V). Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinada pelo Ministério da Saúde.

12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

12.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93.

12. 2 – Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o Departamento Municipal de Saúde manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia nas unidades de saúde do Município.

13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

13.1 – O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado em até 15 (Quinze) dias, após avaliação técnica da execução dos serviços pelo SMS.

13.2 – O respectivo Contrato de Trabalho disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços médicos a serem prestados, respeitadas as condições de execução dos serviços de referência e contra-referência das Unidades de Saúde conveniadas.

13.3 – O pagamento será realizado através de banco oficial, facultando-se ao profissional a indicação de outro banco, desde que assuma os encargos com a respectiva ordem de pagamento ou através de cheque recebido no Departamento Municipal de Fazenda.

13.4 – Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária:

Desp.	Elemento	Descrição	Funcional	Unidade	Princ.
330	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS	06.01.00.10.301.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	330
5727	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	06.01.00.10.302.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	352
331	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS	06.01.00.10.301.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	331
5728	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	06.01.00.10.302.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	353



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

14 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

14.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº. 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

14.2 – A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação aos critérios previstos pela Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS.

15 – DISPOSIÇÕES GERAIS:

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente.

15.2 – Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

16 – ANEXOS:

16.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 15.1:

- a) anexo I - modelo de requerimento para credenciamento;
- b) anexo II - declaração de idoneidade;
- c) anexo V – Planilha de Custos – Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para 2018.

Alto Paraíso PR, 24 de Janeiro de 2018.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO - PR.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E DEMAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018**, divulgado pelo Município de Alto Paraíso - Pr, através do Fundo Municipal de Saúde, objetivando a contratação de prestação de serviços médicos, nos termos do Chamamento Público nº 001 / 2018.

Nome da Empresa: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ: _____ E-mail: _____

Especialidade: _____

Médico Responsável: _____

CRM nº: _____ R.G.nº: _____ CPF/MF nº. _____

Alto Paraíso – Pr, em _____ de _____ de 2018.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO II

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO - PR.

A empresa _____, (qualificação da empresa) abaixo firmado, **DECLARA** para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento em **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESF- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E DEMAIS ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018** que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Alto Paraíso - Pr, em ____ de _____ de 2018.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO III

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 001/2018

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018.

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO nº..... / 2018.

INEXIGIBILIDADE Nº 0..... / 2018.

CONTRATO Nº / 2018

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob nº. / 2018, o **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número **95.640.736/0001-30**, com sede na SEDE NA AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número **09.251.282/0001-74**, com sede na AVENIDA AUGUSTO JOSÉ DE SOUZA, Nº 1986, CEP: 87528-000,, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Chefe do Fundo Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná, AUTORIZA a Empresa:, Prestadora de serviços de, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº., com sede na Avenida, na cidade de, Estado do, neste ato representado pela (o) Sra (o), brasileira (o), Médica (o) portadora (a) da CI/RG nº: SSP/....., devidamente inscrita (o) no CPF/MF nº., CRM-



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

PR, autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços sendo **Atendimento Médico em**, objeto do Chamamento Público nº. 001/2018, de **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018, PELO PERÍODO DE / 2018, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, com divulgação no átrio do Paço Municipal, da Prefeitura Municipal de Alto Paraíso, Estado do Paraná, nos termos da Lei nº. 8.666/93 e alterações subsequentes; Lei 15.608/2007, Lei nº. 8080/90 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 358/2006 e 750/2006, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, nas condições do referido Chamamento Público, nos seguintes termos:**

1 - A presente Ordem de Serviço visa atender ao Chamamento Público nº. 001 / 2018 que tem por objeto o Credenciamento de Profissional da área de médica e pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, abrangendo a seguinte especialidade médica sendo:

Nº.	SERVIÇO	R\$ UNIT.	R\$ TOTAL.
01	Atendimento Médico em, prestados junto ao Fundo Municipal de Saúde, no mês de / 2018.	0,00	0,00

2) - O Credenciado como profissional da área médica detentor de boa reputação profissional, deverá manter durante a vigência deste Termo os requisitos exigidos pelo item 6.1 exigidos pelo instrumento de chamamento Público nº. 001/2018, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de / 2018, **será de R\$ 0,00** (Zero reais), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os procedimentos devem atender no mínimo a Tabela de Procedimentos Médicos – com valores referenciais para 2018.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

- 4) - Entre os dias 1º (primeiro) e 15º (Décimo Quinto) dia de cada mês subsequente o prestador de serviço apresentará sob forma de relatórios, os serviços executados, separados por procedimentos acompanhados pelas respectivas guias referentes a este mês.
- 5) - Os impressos das guias de encaminhamento, serão fornecidos aos profissionais cadastrados, pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 6) - O pagamento pela prestação de serviços será realizado em até 30 (trinta) dias após sua conclusão, mediante atendimento aos itens 2 e 4.
- 7) - O profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8) - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a coordenação e fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área.
- 9) - A escala de trabalho para o Credenciado será definida pelo Departamento Municipal de Saúde, em horários e períodos pré-determinados, devendo a referida escala incluir os feriados e finais de semana.
- 10) - A presente Ordem de Execução de Serviço terá prazo de execução no período de / 2018 e vigência por igual período.
- 11) - A presente Ordem de Execução de Serviço não caracteriza nenhum vínculo empregatício.
- 12) - A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Departamento Municipal de Saúde.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

13) – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

14) - É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

15) - O valor da presente Ordem de Serviço não sofrerá reajuste pelo período de vigência. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinadas pelo Ministério da Saúde.

16) - Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na **Lei 8.666/1993 e alterações, 15.608/2007, Lei nº. 8080/1990 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 358/2006 e 750/2006 e Acórdão 1633/2008, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, juntamente com seus anexos.**

Alto Paraíso – Paraná em de ,..... de 2018.

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO
CHEFE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO IV.

CREENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE Nº 001 / 2018, PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, EQUIPE DE EXTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES MÉDICAS, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2018, TERMO DE INEXIGIBILIDADE / 2018, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº /2018 DA PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA _____, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.

MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número **95.640.736/0001-30**, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número **09.251.282/0001-74**, com sede na AVENIDA AUGUSTO JOSÉ DE SOUZA, Nº 1986, CEP: 87528-000,, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Chefe do Fundo Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CREDENCIANTE** e _____, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: _____, com sede na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 001/2018, Termo de Inexigibilidade nº / 2018, **Processo nº / 2018** e que se regerá pelas Leis Federais nºs 8142/90, 8.666/93 e alterações posteriores, Lei 15.708/2009, Portarias nºs. 358/2006 e 2048/2009, 2088/2011 do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011 e Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e Acordão 1633/2008, bem como nas recomendações técnicas e jurisprudenciais do E. Tribunal de Contas da União e dos Colendos Tribunais de Contas Estaduais, atendidas as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O CREDENCIADO prestará os seguintes serviços para a Saúde Pública do Município de Alto Paraíso:

✓ **(Descrição das atividades a serem executadas – Anexo V)**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços serão prestados para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, conforme cronograma.

2.2. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 Portaria 2048/2009, 2488/2011 e no Decreto Federal nº 1.651/1995, Decreto 7.508/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

3.1. O prazo de vigência deste contrato será até **31 de Janeiro de 2019**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos do artigo 57, inc. II da Lei nº 8.666/93, e suas alterações posteriores, Lei 15.708/2009.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ _____**(____reais) **ANO**, conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:

08.021.10.302.0085.2091 3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irredutível até o prazo de **31 de Janeiro de 2019**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento.

CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos V e Anexos III.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados até o dia 10 do mês subsequente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos arts. 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à CREDENCIADA direito a qualquer indenização.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

7.2. A rescisão contratual poderá ser:

7.2.1. Determinada por ato unilateral da Administração, nos casos enunciados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas nos arts. 86 e 87 da Lei 8.666/93, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, conseqüentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná.

CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambrê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, ____ de _____ de 2018.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.

EMPRESA CREDENCIADA.

TESTEMUNHA 01.

TESTEMUNHA 02.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO V.

PLANILHA DE VALORES.

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 001 / 2018.

Nº ITEM	SERVIÇOS	DE R\$	ATÉ R\$
1	ANESTESIOLOGIA	100,00	200,00
2	ANESTESIOLOGIA EM CIRURGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA.	150,00	300,00
3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	400,00	450,00
4	ANGIORESSONÂNCIA DE CARÓTIDAS	400,00	450,00
5	ASPIRAÇÃO DE OUVIDOS (OTORRINO)	60,00	80,00
6	AUDIOMETRIA TONAL (FONOAUDIÓLOGIA)	20,00	50,00
7	AVALIAÇÃO ANESTÉSICA PRÉ CIRÚRGICA.	100,00	250,00
8	BIOPSIA DE FÍGADO	450,00	480,00
9	BIOPSIA DE PROSTATA 6 FRAGMENTOS (NECESSITA PREPARO)	450,00	480,00
10	BIOPSIA DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA GROSSA/POR NODULO)	250,00	270,00
11	CAUTERIZAÇÃO NASAL EM CONSULTÓRIO MÉDICO. (OTORRINO)	60,00	80,00
12	CIRURGIA DE TURBINECTOMIA	280,00	500,00
13	CIRURGIA DE ADENOIDECTOMIA	180,00	400,00
14	CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA	180,00	400,00
15	CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA	250,00	500,00
16	CIRURGIA DE SEPTOPLASTIA	630,00	1.000,00
17	CIRURGIA DE SINUSECTOMIA	500,00	800,00
18	CIRURGIAS DE ORTOPEDIA (PEQUENO / MÉDIO PORTE	800,00	1.800,00
19	COLONOSCOPIA	400,00	700,00
20	COLPOSCOPIA	250,00	700,00
21	CONSULTA EM PSICOLOGIA	70,00	100,00
22	CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA	120,00	300,00
23	CONSULTA MÉDICA EM CLÍNICA CIRÚRGICA	70,00	150,00
24	CONSULTA MÉDICA EM CLÍNICA GERAL	70,00	150,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

25	CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA	180,00	250,00
26	CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA	180,00	250,00
27	CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA	100,00	300,00
28	CONSULTA MÉDICA EM GERIATRIA.	70,00	250,00
29	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA	60,00	150,00
30	CONSULTA MÉDICA EM HEMATOLOGIA	100,00	300,00
31	CONSULTA MÉDICA EM HOMEOPATIA.	100,00	300,00
32	CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGISTA.	100,00	300,00
33	CONSULTA MÉDICA EM MEDICINA DO TRABALHO	70,00	150,00
34	CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA	70,00	150,00
35	CONSULTA MÉDICA EM NEURO-CIRURGIA.	200,00	400,00
36	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA.	200,00	400,00
37	CONSULTA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA	60,00	150,00
38	CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA.	35,00	100,00
39	CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA	45,00	70,00
40	CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA.	80,00	150,00
41	CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA	70,00	150,00
42	CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	70,00	150,00
43	CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA.	150,00	250,00
44	CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA	100,00	200,00
45	CONSULTA MÉDICA PEDIATRIA	60,00	150,00
46	CONSULTA MÉDICA VASCULAR.	150,00	300,00
47	DENSITOMETRIA CORPO INTEIRO	180,00	210,00
48	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS (FEMUR E COLUNA LOMBAR)	110,20	135,00
49	DENSITOMETRIA OSSEA 3 SEGMENTOS (FEMUR, COLUNA LOMBAR E PUNHO)	150,00	175,00
50	DESPESAS HOSPITALARES PARA INTERNAMENTO DE PACIENTES CIRURGICOS EM GERAL	4.000,00	5.000,00
51	DESPESAS HOSPITALARES PARA INTERNAMENTO DE PACIENTES CIRURGICOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA.	450,00	900,00
52	ECOCARDIOGRAMA	200,00	250,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

53	EXAME DE LARINGOSCOPIA. COM BIOPSIA.	93,50	150,00
54	EXAME DE LARINGOSCOPIA. SEM BIOPSIA.	55,00	100,00
55	EXAME LABORATORIAL - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO – KPTT	8,40	10,65
56	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO FOLICO	10,20	13,80
57	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO ÚRICO	9,50	10,20
58	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – AMILASE	37,72	38,50
59	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL (LAMINA)	13,50	18,00
60	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – CÁLCIO	5,71	6,50
61	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - COLESTEROL TOTAL	4,74	5,50
62	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – CPK	6,57	7,50
63	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – CREATININA	5,71	6,50
64	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CURVA GLICÊMICA	9,49	10,50
65	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ELETROFORESE DE PROTEINAS	13,55	14,50
66	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FERRITINA	7,50	9,58
67	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ÁCIDA	18,38	19,50
68	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ALCALINA	18,38	19,50
69	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFOLIPÍDEOS	32,88	33,50
70	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	22,00	26,00
71	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – GLICOSE	4,06	5,50
72	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – HDL	14,22	15,50
73	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - HEMOGLOBINA GLICOSADA	8,50	10,00
74	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - L D H	14,41	15,50
75	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – LDL	13,83	14,50
76	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - LIPÍDIOS TOTAIS	10,64	11,50
77	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - NA-SODIO	7,50	9,38
78	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - POTÁSSIO	9,38	10,50
79	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - PROTEINAS TOTAIS E	7,89	8,50



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

	FRAÇÕES		
80	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - RESERVA ALCALINA	14,31	15,50
81	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - SATURAÇÃO TRANSFERRINA	16,00	20,00
82	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - TRIGLICERIDEOS	4,70	5,60
83	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - URÉIA	4,74	5,60
84	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA B12	20,00	26,00
85	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA D-25 – DIHIDROXI	25,00	30,00
86	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA – VLDL	14,41	15,50
87	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA -FERRO SÉRICO	8,00	10,00
88	EXAME LABORATORIAL COPROLOGICOS - PSO - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	7,50	10,00
89	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - A S O	9,65	10,50
90	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - FAN	33,97	34,50
91	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - LÁTEX	6,44	7,45
92	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS – MUCOPROTEINAS	10,71	11,50
93	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - PROTEINA C. REATIVA	6,72	7,50
94	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - PROVA DE ROSE	5,69	6,50
95	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICOS - VHS	41,06	42,50
96	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - BACTERIOSCOPIA	8,68	9,50
97	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA + ANTIBIOGRAMA SECREÇÃO VAGINAL	14,00	20,00
98	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA COM ANTIBIOG.	6,90	7,50
99	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA DE URINA	5,08	5,90
100	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS -	14,00	20,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

	STREPTOCOCCUS DO GRUPO B		
101	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (FEZES)	4,40	5,50
102	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (URINA)	3,22	3,80
103	EXAME LABORATORIAL DE CONTAGENS E COLÔNIAS (URINA)	7,16	8,50
104	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA (URINA)	8,99	9,50
105	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA DE FEZES (COPROCULTURA) (FEZES)	9,86	9,50
106	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (FEZES)	5,69	6,50
107	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (URINA)	8,82	9,50
108	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA	18,45	19,50
109	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA COM ANTIBIOG.	6,05	7,50
110	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOGRAMA	12,15	13,50
111	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - HEMOGRAMA COMPLETO	7,36	8,50
112	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - CA 125	33,64	34,50
113	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAGULOGRAMA	19,00	24,50
114	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAMPS DIRETO	9,24	10,50
115	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	9,00	12,00
116	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - GRUPO SANGUINEO	5,47	6,50
117	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PLAQUETAS (CONTAGEM)	6,17	7,50
118	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PROTOBINA (TAP)	10,65	11,50
119	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - RH	5,56	6,50
120	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ROTAVIRUS	26,01	27,50
121	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - TS E TC	6,82	7,50
122	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - V H S	5,29	6,50
123	EXAME LABORATORIAL DE MONILIA (URINA)	9,64	10,50
124	EXAME LABORATORIAL DE PARASITOLÓGICO (FEZES)	3,59	4,50
125	EXAME LABORATORIAL DE PESQUISA DE LEOCOCITOS NAS FEZES (FEZES)	10,30	11,50



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

126	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HANGER	13,55	14,50
127	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. O.	6,70	7,50
128	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. P.	6,69	7,50
129	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - TIMOL (TURV. E FLOCULT.)	15,78	16,50
130	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - ANTIGENO AUSTRÁLIA	36,40	37,50
131	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - BILIRRUBINAS TOTAL DE FRAÇÕES	7,18	8,50
132	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HAS "B"	27,50	28,50
133	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HCS "C"	27,50	28,50
134	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA – KUNKEL	13,55	14,50
135	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - OSFATASE ALCALINA	27,50	30,00
136	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HBS "A"	27,50	28,50
137	EXAME LABORATORIAL DE TESTES PARA GRAVIDEZ (URINA)	9,11	10,50
138	EXAME LABORATORIAL DE URINA TIPO "1"	4,05	5,50
139	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - ESTRADIOL	22,00	28,00
140	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - LH - HORMONIO LUTEINIZANTE	20,00	25,00
141	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - DOSAGEM DE ACIDO 5- HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	24,20	28,50
142	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - FSH - HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE	22,00	28,00
143	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROGESTERONA	22,00	28,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

144	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROLACTINA	20,00	26,00
145	EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 12 HORAS)	8,00	12,00
146	EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 24 HORAS)	8,00	12,00
147	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGG) PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	22,00	28,00
148	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGM) PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	22,00	28,00
149	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - ANTI - TPO (ANTI-MICROSSOMAL)	18,00	23,00
150	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA – BRUCELOSE	31,69	32,50
151	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C3	6,00	10,00
152	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C4	6,00	10,00
153	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA – CORTISOL	29,18	30,50
154	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - DNA - NATIVO, AUTO-ANTICORPOS ANTI (DUPLA HÉICE) ANTI-DNA DUPLA HELICE	15,00	20,00
155	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - FSH	31,50	32,50
156	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 1	59,30	60,50
157	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 2	62,08	63,50
158	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - IGE - IMUNOGLOBULINA IGE TOTAL	10,00	15,00
159	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KAHN	10,47	11,50



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

160	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KLINE	10,98	11,50
161	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MANTOUX	31,78	32,50
162	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MITSUDA	31,49	32,50
163	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA – MONTENEGRO	31,49	32,50
164	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - PSA	36,13	37,50
165	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T3	23,07	24,50
166	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T4	22,24	23,50
167	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA – TESTOSTERONA	29,37	30,50
168	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGG	36,13	37,50
169	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGM	36,13	37,50
170	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TRAB - ANTI RECEPTOR DE TSH	18,00	24,00
171	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TSH	31,22	32,50
172	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - VDRL	7,32	8,50
173	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA – WASSERMANN	13,06	14,50
174	EXAME LABORATORIAL UROANALISE ALBUMINA	10,00	15,00
175	EXAME LABORATORIAL UROANALISE PROTEINA 24 HORAS (URINA)	16,00	21,00
176	EXAMES LABORATORIAL - COOMBS INDIRETO	7,20	9,24
177	FRENECTOMIA EM CONSULTÓRIO MÉDICO	100,00	200,00
178	FRENECTOMIA EM NÍVEL HOSPITALAR.	162,80	300,00
179	LAVAGEM DE OUVIDOS (OTORRINO)	60,00	80,00
180	MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	45,00	65,00
181	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) BIFOCAL ATÉ 6.00 GRAUS	75,00	100,00
182	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) VISÃO SIMPLES ACIMA DE	90,00	120,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

	6.00 GRAUS		
183	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) VISÃO SIMPLES ATÉ 6.00 GRAUS	50,00	80,00
184	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) MULTIFOCAL ATÉ 6.00 GRAUS	110,00	140,00
185	PAAF DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA FINA/POR NODULO)	180,00	200,00
186	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNOS.	120,00	150,00
187	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 - Dia do Trabalhador 31/05 - Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 - N. S. Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 - Proclamação República.	150,00	200,00
188	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	240,00	320,00
189	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO.	120,00	150,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

190	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO.	160,00	200,00
191	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 - Dia do Trabalhador 31/05 - Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 – N. S. Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 - Proclamação da República.	200,00	266,66
192	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	300,00	400,00
193	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO.	160,00	200,00
194	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. (CONTRATAÇÃO DE EMERGÊNCIA)	2.300,00	3.000,00
195	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 Dia do Trabalhador 31/05 - Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 – N. S. Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 - Proclamação da República.	1.500,00	2.000,00
196	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	2.000,00	2.300,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

197	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. (FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO)	1.200,00	1.500,00
198	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (FINS DE SEMANA)	1.200,00	1.500,00
199	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (SEMANA - DIA)	1.200,00	1.500,00
200	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (SEMANA - NOITE)	1.200,00	1.500,00
201	RAIO X DE ANTEBRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
202	RAIO X DE ARCOS COSTÁIS (CADA LADO)	40,00	60,00
203	RAIO X DE ARCOS ZIGOMÁTICOS	40,00	60,00
204	RAIO X DE SEIOS DA FACE (WATERS E HIRTZ)	40,00	60,00
205	RAIO X DE ABDOME SIMPLES (NECESSITA DE PREPARO)	40,00	60,00
206	RAIO X DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (CADA LADO)	40,00	60,00
207	RAIO X DE ARTICULAÇÃO SACROÍLIACA	40,00	60,00
208	RAIO X DE BACIA EM AP	40,00	60,00
209	RAIO X DE BRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
210	RAIO X DE CALCÂNEO (PERFIL EAXIAL) (CADA LADO)	40,00	60,00
211	RAIO X DE CAVUM OU ADENÓIDE (PERFIL)	40,00	60,00
212	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
213	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
214	RAIO X DE COLUNA DORSAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
215	RAIO X DE COLUNA DORSAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
216	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
217	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
218	RAIO X DE COLUNA PARA ESCOLIOSE AP/PERFIL	150,00	180,00
219	RAIO X DE COLUNA SACRO-CÓCCIX	40,00	60,00
220	RAIO X DE COLUNA TORÁCO-LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
221	RAIO X DE COTOVELO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

222	RAIO X DE COXA (AP/PERFIL) (CADA LADO)	40,00	60,00
223	RAIO X DE CRÂNIO (AP-PERFIL)	40,00	60,00
224	RAIO X DE ESCANOMETRIA DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
225	RAIO X DE IDADE ÓSSEA EM AP	40,00	60,00
226	RAIO X DE JOELHO (AXIAL DE PATELA)	40,00	60,00
227	RAIO X DE JOELHO EM AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
228	RAIO X DE MÃO AP/OBLÍQUA (CADA LADO)	40,00	60,00
229	RAIO X DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
230	RAIO X DE NASAL	40,00	60,00
231	RAIO X DE OMBRO AP (CADA LADO)	40,00	60,00
232	RAIO X DE PÉ (AP/OBLÍQUO) (CADA LADO)	40,00	60,00
233	RAIO X DE TELERRADIOGRAFIA	150,00	180,00
234	RAIO X DE TORAX AP/PERFIL	50,00	70,00
235	RAIO X DE TORAX EM AP	40,00	60,00
236	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ESÔFAGO (6 HORAS DE JEJUM)	120,00	150,00
237	RAIO-X C/ CONTRASTE DE SERIOGRAFIA EED (ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO) 6 HORAS JEJUM	120,00	150,00
238	RAIO-X C/ CONTRASTE DE COLANGIOGRAFIA PELO DRENO KEHR (EXAME PÓS OPERATORIO)	190,00	220,00
239	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ENEMA OPACO (NECESSITA PREPARO)	150,00	180,00
240	RAIO-X C/ CONTRASTE DE HISTEROSALPINGOGRAFIA	190,00	220,00
241	RAIO-X C/ CONTRASTE DE TRANSITO INTESTINAL	120,00	150,00
242	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA ADULTO MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
243	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA CRIANÇA MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
244	RAIO-X C/ CONTRASTE DE UROGRAFIA EXCRETORA (NECESSITA PREPARO)	180,00	210,00
245	RESSONÂNCIA MAGNETICA ABDOME SUPERIOR	400,00	450,00
246	RESSONÂNCIA MAGNETICA ARTICULAÇÕES POR MEMBRO (PÉ, JOELHO, MÃO, PUNHO, COTOVELO, TORNOZELO E OMBRO)	400,00	450,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

247	RESSONÂNCIA MAGNETICA ATM POR LADO (SOMENTE BOCA ABERTA E FECHADA)	400,00	450,00
248	RESSONÂNCIA MAGNETICA BACIA OU PELVE	400,00	450,00
249	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLANGIORESSONÂNCIA	550,00	600,00
250	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	400,00	450,00
251	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA DORSAL	400,00	450,00
252	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	400,00	450,00
253	RESSONÂNCIA MAGNETICA CRÂNIO	400,00	450,00
254	RESSONÂNCIA MAGNETICA FACE OU SEIO DA FACE	400,00	450,00
255	RESSONÂNCIA MAGNETICA MASTÓIDES OU OUVIDOS	400,00	450,00
256	RESSONÂNCIA MAGNETICA ORBITAS	400,00	450,00
257	RESSONÂNCIA MAGNETICA PESCOÇO – LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	400,00	450,00
258	RESSONÂNCIA MAGNETICA SELA TURCICA	400,00	450,00
259	RESSONÂNCIA MAGNETICA TÓRAX	400,00	450,00
260	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO, OUVIDO, NARIZ, FARINGE, LARINGE (Otorrino)	66,00	100,00
261	SERVIÇOS DE FARMACÊUTICO - 40 HORAS.	3.000,00	5.000,00
262	SERVIÇOS DE ASSISTENTE SOCIAL 20 HORAS.	1.800,00	2.677,41
263	SERVIÇOS DE AUXILIAR ENFERMAGEM 40 HRS.	1.500,00	2.000,00
264	SERVIÇOS DE ENFERMEIRO(A) 40 HORAS - DIURNO.	3.000,00	4.309,88
265	SERVIÇOS DE ENFERMEIRO (A) PLANTONISTA - NOTURNO - 12X36hrs.	2.800,00	3.500,00
266	SERVIÇOS DE FARMACÊUTICO - 20 HORAS.	1.500,00	2.677,41
267	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - 20 HORAS	1.500,00	2.677,41
268	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - 40 HORAS	3.000,00	4.500,00
269	SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA - 20 HORAS.	1.500,00	2.677,41
270	SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA - 40 HORAS.	3.500,00	4.500,00
271	SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA - 20 HRS.	2.800,00	3.573,91
272	SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA 40 HRS.	4.500,00	6.000,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

273	SERVIÇOS DE PSICOLÓGIA - 20 HORAS	1.500,00	2.677,41
274	SERVIÇOS DE PSICOLÓGIA - 40 HORAS	3.000,00	4.500,00
275	SESSÃO DE ACUPUNTURA.	20,00	40,00
276	TOMOGRAMIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	148,63	170,00
277	TOMOGRAMIA DE ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO	295,00	320,00
278	TOMOGRAMIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL (NECESSITA PREPARO) SÃO 2 PROCEDIMENTOS	295,00	320,00
279	TOMOGRAMIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX (COM PREPARO)	295,00	320,00
280	TOMOGRAMIA DE ARTICULAÇÕES	96,75	130,00
281	TOMOGRAMIA DE COLUNA CERVICAL	96,76	130,00
282	TOMOGRAMIA DE COLUNA DORSAL	96,76	130,00
283	TOMOGRAMIA DE COLUNA LOMBAR	111,10	145,00
284	TOMOGRAMIA DE CRÂNIO	107,44	140,00
285	TOMOGRAMIA DE FACE OU SEIO DA FACE	96,75	130,00
286	TOMOGRAMIA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	96,75	130,00
287	TOMOGRAMIA DE ÓRBITAS	160,00	190,00
288	TOMOGRAMIA DE PELVE OU BACIA	148,63	170,00
289	TOMOGRAMIA DE PESCOÇO - LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	96,75	130,00
290	TOMOGRAMIA DE SELA TÚRSICA	107,44	140,00
291	TOMOGRAMIA DE TÓRAX	146,41	170,00
292	TOMOGRAMIA DE UROTOMOGRAFIA ABDOMINAL (NECESSITA PREPARO)	272,60	310,00
293	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO</u> <u>INFERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
294	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO</u> <u>INFERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
295	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER <u>ARTERIAL MEMBRO</u> <u>SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
296	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO</u> <u>SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
297	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO</u>	380,00	410,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

	<u>INFERIOR BILATERAL (TROMBOSE)</u>		
298	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL (VARIZES)</u>	380,00	410,00
299	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER <u>VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (TROMBOSE)</u>	190,00	220,00
300	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (VARIZES)</u>	190,00	220,00
301	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
302	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
303	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	100,00	120,00
304	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga)	120,00	140,00
305	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (rins e bexiga)	100,00	120,00
306	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (joelho, cotovelo, ombro, punho, mão, tornozelo, panturrilha em alguns casos)	120,00	140,00
307	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE ABDÔMEN TOTAL	170,00	190,00
308	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS (necessita preparo p/exame)	200,00	220,00
309	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE CARÓTIDAS	130,00	150,00
310	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE TV, TIREOIDE, MAMA, AB SUPERIOR.	145,00	165,00
311	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER OBSTÉTRICO (cada feto)	140,15	160,15
312	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER PERI/PRE AURICULAR	100,00	120,00
313	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER TESTICULO	189,00	219,00
314	ULTRASSONOGRAFIA DE HIPOCONDRIO DIREITO (fígado, vesícula, vias biliares, pâncreas)	100,00	120,00
315	ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTÉTRICA (cada feto)	100,00	120,00
316	ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTETRICO 1º TRIMESTRE (cada feto)	100,00	120,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

317	ULTRASSONOGRAMA DE OBSTETRICO MORFOLÓGICO (cada feto/pode realizar de 20 a 29 semanas)	140,15	160,15
318	ULTRASSONOGRAMA DE ORBITA (UNILATERAL)	150,00	170,00
319	ULTRASSONOGRAMA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS, REGIÃO CERVICAL, TIREOIDE)	100,00	120,00
320	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	115,00	135,00
321	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES OU AXILAS POR LADO	120,00	140,00
322	ULTRASSONOGRAMA DE PÉLVICA (GINICOLÓGICA VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
323	ULTRASSONOGRAMA DE PÉLVICA (VIA TRANS – VAGINAL)	100,00	120,00
324	ULTRASSONOGRAMA DE PENIS	160,00	180,00
325	ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
326	ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) (necessita preparo p/exame)	120,00	140,00
327	ULTRASSONOGRAMA DE REGIAO AXILAR (POR LADO)	146,00	166,00
328	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO INGUINAL (POR LADO)	120,00	140,00
329	ULTRASSONOGRAMA DE SUBMANDIBULAR	145,00	165,00
330	ULTRASSONOGRAMA DE SUPRA RENAL	90,00	110,00
331	ULTRASSONOGRAMA DE TESTICULO SEM DOPPLER	89,00	109,00
332	ULTRASSONOGRAMA DE TRANSFONTANELAS	100,00	120,00
333	ULTRASSONOGRAMA DE TRANSLUCENCIA NUCAL (DE 9 A 13 SEMANAS)	150,00	170,00

Alto Paraíso – Paraná, 24 de Janeiro de 2018.

DERCIO JARDIM JUNIOR

PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.