

CONTRATO Nº 049/2019

- RATEIO DE DESPESAS DE ESPECIALIDADES -

Contrato de Rateio para custeio de despesas de atendimento de especialidades médicas e serviços de saúde para o Exercício 2.019 celebrado entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II – CISO II e o Município de Palmeiras de Goiás conforme Portaria nº 001/2019 de 18/01/2019 na forma e condições abaixo explicitadas.

Pelo presente, instrumento o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE II – CISO II** entidade com personalidade jurídica de direito público, sem fins econômicos, inscrito no CNPJ/MF nº 19.455.857/0001-24, com sede na Rua Aporé, nº 528, Bairro - Centro, São Luís de Montes Belos-GO, neste ato representado por seu Presidente em exercício, senhor **ELDECIRIO DA SILVA**, inscrito no CPF/MF nº 414.868.461-49 e CI/RG nº 20.098 SSP/GO, neste ato denominado, neste ato denominado **CONTRATADO** e o **MUNICÍPIO DE PALMEIRAS DE GOIÁS**, através da sua Prefeitura Municipal, inscrita no CNPJ nº 02.394.757/0001-32, com sede estabelecida, com sede estabelecida na Rua Americano do Brasil, Nº 149, Setor: Centro, CEP: 76.190-000, Palmeiras de Goiás- GO, telefone: (62)3541-1317, nesse ato representado pelo Prefeito Municipal, em exercício o senhor **VANDO VITOR ALVES**, inscrito no CPF/MF nº 254.380.771-34 e CI/RG nº 1344765 SSP/GO neste ato denominado **CONTRATANTE**, celebram o presente Contrato de Rateio nos termos, cláusula e dispositivos abaixo especificados:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

O presente **CONTRATO DE RATEIO** é regido pelo disposto: no artigo 8º da Lei Federal nº 11.107/2005, de 06 de abril de 2005; no artigo 13 e seguintes do Decreto Lei nº 6.017/2007, de 17 de janeiro de 2007; na Cláusula Décima Primeira do Contrato de Consórcio Público, firmado em 04 de junho de 2.013 e nos artigos 11, XI e 62, *caput*, do Estatuto ambos do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II – CISO II; na Portaria nº 001/2019 de 18/01/2019, decorrente nas deliberações aprovadas na Assembleia Geral Ordinária nº 001/2019 do CISO II, bem como ainda nos demais normativos relativos à matéria em especial a Instrução Normativa nº 007/2017 do TCM/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO:

Constitui-se objeto do Presente **CONTRATO DE RATEIO**, a definição das regras e critérios de participação do **CONTRATANTE** junto ao **CONTRATADO**, nos repasses de obrigações financeiras de custeio de despesas para atendimento médico especializado em oftalmologia, cardiologia, ortopedia, psiquiatria, pediatria, angiologia, ginecologia e mastologia, urologia, neurologia, otorrinolaringologia, medicina do trabalho, cirurgia geral, serviços cardiológicos, serviços de ortopedia, serviços urológicos, serviços de imagem, serviços de gastroenterologia, serviços laboratoriais, serviços neurológicos, serviços de otorrinolaringologia, serviços de medicina do trabalho, serviços de angiologia, serviços de oftalmologia, radiologia geral, ultrassonografia, tomografia, ressonância, cirurgia geral, serviço de imagem decorrente nas deliberações aprovadas na Assembleia Geral Ordinária

nº 001/2019 do CISO II, visando à manutenção das atividades fins da entidade de buscar eficiência e melhor gestão de recursos financeiros decorrente da cooperação mútua entre os entes consorciados, nos termos do que prevê o Contrato de Consórcio e Estatuto do CISO II.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR COTA-PARTE E A FORMA DE REPASSE:

Para a execução do objeto de atendimento de especialidade em cardiologia e procedimentos do CISO II, conforme disposto no Contrato de Consórcio Público, o Município Consorciado ora CONTRATANTE repassará ao consórcio CONTRATADO os seguintes valores mensais referentes à utilização conforme tabela:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL	VALOR POR PROCEDIMENTO	VALOR MÁXIMO MENSAL
1	Cardiologista clínico – consulta	30	R\$ 50,00	1.500,00
2	Urologista clínico – consulta	20	R\$ 50,00	1.000,00
3	Ortopedista e traumatologista clínico – consulta	50	R\$ 50,00	2.500,00
4	Cirurgião geral – consulta **	10	R\$ 50,00	500,00
5	Pediatria clínica – consulta	20	R\$ 100,00	2.000,00
6	Ginecologista, obstetrícia e mastologia clínica – consulta **	20	R\$ 110,00	2.200,00
7	Psiquiatria - 1ª vez	40	R\$ 100,00	4.000,00
8	Neurologia- consulta	10	R\$ 100,00	1.000,00
9	Oftalmologista clínico – consulta	20	R\$ 50,00	1.000,00
10	Angiologista – consulta **	10	R\$ 50,00	500,00
11	Medicina do trabalho- consulta	20	R\$ 50,00	1.000,00
12	Serviço de Análises clínicas	Demanda	Tabela SIA – SUS e Tabela aprovada em AGP*	1.000,00
13	Serviço de neurologia- procedimentos	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	1.500,00
12	Serviço de cardiologia – procedimentos	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	1.500,00
13	Serviço de Urologia – cirúrgico e diagnóstico	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	500,00
14	Serviço de gastroenterologia – procedimentos	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	1.500,00
15	Serviço de angiologia – procedimentos	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	1.000,00
16	Serviço de oftalmologia – procedimentos	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	200,00
17	Serviço de Imagenologia – diagnóstico e laudo.	Demanda	Tabela aprovada em AGP*, anexo I	5.000,00
18	Mapeamento cerebral	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00

19	Eletroencefalograma	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
20	Eletroencefalograma sono/ vigília	10	R\$ 250,00	R\$ 2.500,00
Valor Global Maximo				R\$ 426.000,00

Parágrafo Primeiro – Os repasses dos valores na forma disposta nesta cláusula são de caráter irrevogável até o seu cumprimento total, salvo mediante apresentação de Distrato e/ou Rescisão deste contrato, obrigatoriamente, com a anuência de ambos os partícipes, aprovado pela Assembleia Geral do Consórcio.

Parágrafo Segundo – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II utilizará os valores repassados para fins de custeio de despesas oriundas da contratação de empresa ou profissional especializado na área mencionada para atendimento aos munícipes, observadas as disposições do Contrato de Consórcio Público e as deliberações da Assembleia Geral.

CLÁUSULA QUARTA – DA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA DO RATEIO

Para fins de adimplência do rateio previsto neste instrumento, fica autorizado **CONTRATANTE** o debito em conta das parcelas mensais a ser realizado no dia 10 (dez) de cada mês na conta do FPM- Fundo de Participação dos Municípios ou do ICMS.

Parágrafo Único – A autorização do débito em conta será formalizada por meio de ofício do consorciado **CONTRATANTE** contendo a assinatura com firma reconhecida de seu gestor bem como a cópia da ata de posse, diploma eleitoral e demais documentos necessários para o fim, eventualmente exigidos junto à instituição bancária competente do consorciado **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUINTA – DAS PENALIDADES

No caso de inadimplência o consorciado **CONTRATANTE** será notificado formalmente na pessoa de seu representante para que regularize a sua situação de pendência perante o Consórcio em prazo hábil.

Parágrafo Primeiro - Uma vez notificado da inadimplência, e não tendo o município consorciado **CONTRATANTE** regularizado a situação avençada no prazo de 30(trinta) dias, suspender-se-ão os serviços do consórcio ao respectivo consorciado até a regularização da dívida.

Parágrafo Segundo – Não sendo regularizada a inadimplência no prazo estabelecido no Contrato de Consórcio, o ente consorciado **CONTRATANTE** será excluído do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II mediante deliberação da Assembleia Geral, conforme art. 32, § 3º, do Contrato de Consórcio Público.

Parágrafo Terceiro – A exclusão prevista não exime o participante do pagamento de débitos ao período em que eventualmente tenha permanecido inadimplente.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES

São obrigações do **CONTRATANTE**:

I - Promover mensalmente o repasse de recursos financeiros ao **CONTRATADO** para os fins estabelecidos no presente contrato de rateio;

II - Quando na condição de adimplente, promover o acompanhamento e a fiscalização da execução do objetivo, a fim de exigir em conjunto ao isoladamente, o pleno cumprimento das obrigações previstas no presente Contrato de Rateio;

III - Ter assegurado o correspondente Crédito Orçamentário, à conta de Dotação inserida na LOA do ente **CONTRATANTE**, e/ou fazer constar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de assinatura deste instrumento, inserindo-o através de Crédito Adicional Especial, na qual ocorrerão as despesas com obrigações financeiras assumidas por força deste Contrato de Rateio;

IV - Assegurar a autorização para debito em conta prevista na Cláusula Quarta deste instrumento com o fim de manter-se adimplente com o pagamento mensal de sua cota-parte estabelecida na Clausula Terceira.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

São obrigações do **CONTRATADO**:

I - Aplicar os recursos oriundos do presente Contrato de Rateio na consecução dos objetos definidos nos Contratos de, observadas as normas da contabilidade Pública;

II - Executar as receitas e despesas em conformidade com as normas do Direito Financeiro, aplicáveis às entidades públicas;

III - Informar, preferencialmente até o dia 05 (cinco) de cada mês, as despesas realizadas em face dos recursos entregues pelo **CONTRATANTE** com base no presente Contrato de Rateio, a fim de que o débito em conta não seja o valor previamente previsto.

CLÁUSULA OITAVA – DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente Contrato de Rateio para o Exercício Financeiro de 2.019 correrão por conta da(s) seguinte(s) rubrica(s) orçamentária(s) consignada(s) pelo ente **CONTRATANTE** em sua Lei Orçamentária Anual - LOA conforme segue, com dotação suficiente para suportar as despesas individuais assumidas através do presente **CONTRATO DE RATEIO**, assegurada à inserção através de Credito Adicional Especial por meio de leis especifica autorizativas:

55.01.10.301.2023.2.061.3.3.71.70

Parágrafo Único – O consorciado **CONTRATANTE** será excluído do consorcio público caso não consigne, em sua lei orçamentaria ou aprova a abertura de créditos adicionais, com dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio desse Contrato de Rateio.

CLÁUSULA OITAVA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da legislação vigente especialmente a contida na Cláusula Décima Quinta do Contrato de constituição do Consórcio, o **CONTRATADO** deverá:

I – Prestar contas dos recursos e bens de origem pública recebida por meio deste dando publicidade no encerramento do exercício fiscal, por meio de relatório de atividades de demonstrações financeiras, que serão fiscalizados pelo Conselho Municipal da Saúde do ente **CONTRATANTE**, e submetidas, sempre que necessário, a Auditoria pelos demais órgãos fiscalizadores competentes:

II – Fornecer as informações necessárias para que sejam consolidados, nas contas do município consorciado ora **CONTRATANTE**, todas as despesas realizadas com os recursos entregues por conta do presente Contrato de Rateio, de forma que possam ser contabilizados na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA VIGÊNCIA

O presente contrato de rateio terá vigência a partir de sua assinatura até o limite do crédito orçamentário vigente para os devidos fins, compreendendo, portanto, o prazo de **05/08/2019 a 31/12/2019.**

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRO – DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

A execução do objeto deste contrato será acompanhada e fiscalizada pelo **CONTRATANTE**, na pessoa do seguinte servidor especialmente designado pela Administração para esse fim, doravante denominado (a) simplesmente GESTOR(A) deste contrato, nos termos do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, **CARLOS ALBERTO MAMEDE CORREA JUNIOR**, portador do CPF/MF nº 976.768.701-78.

Parágrafo primeiro - Para o acompanhamento e a fiscalização de que trata esta cláusula compete a(o) Gestor(a), entre outras atribuições:

I - Solicitar ao **CONTRATADO** e seus prepostos, tempestivamente, todas as providências necessárias ao bom andamento deste contrato, anexando aos autos do processo administrativo correspondente cópia dos documentos escritos que comprovem tais solicitações de providências;

II - Verificar a conformidade da execução contratual com as normas especificadas e adequação dos procedimentos, visando garantir o cumprimento dos objetos avençados;

Parágrafo segundo - A ação da fiscalização não exonera o **CONTRATADO** de suas responsabilidades contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de São Luís de Montes Belos – Goiás para dirimir quaisquer avenças quanto ao presente, renunciando qualquer outro por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

É dispensada a realização de licitação para a celebração deste Contrato de Rateio, com fundamento no artigo 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93.

E assim, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo identificadas.

SÃO LUÍS DE MONTES BELOS- GOIÁS, 05 DE AGOSTO DE 2019.


CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE II – CISO II

ELDECIRIO DA SILVA

CPF/MF N° 414.868.461-49

• CONTRATANTE -


MUNICÍPIO DE PALMEIRAS DE GOIÁS

VANDO VITOR ALVES

CPF/MF N° 254.380.771-34

• CONTRATADO -


CARLOS ALBERTO MAMEDE CORREA JUNIOR

CPF/MF N° 976.768.701 - 78

• TESTEMUNHA I -


MARTA SELMA DA SILVEIRA

CPF/MF N° 260.951.811-00

• TESTEMUNHA II -

EXTRATO DE CONTRATO N°049/2019

- RATEIO DE DESPESAS DE ESPECIALIDADES -

Município: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II - CISOII

N° do Contrato: 049

Tipo de Ajuste: Rateio

Tipo de Contrato: Original

Data da Assinatura: 05/08/2019

Data da Publicação: 15/08/2019

Data Inicial da Vigência: 05/08/2019

Data Final da Vigência: 31/12/2019

Objeto: Repasses de obrigações financeiras de custeio de despesas para atendimento médico especializado e serviços de saúde, decorrente nas deliberações aprovadas na Assembleia Geral Ordinária nº 001/2019 do CISO II, visando à manutenção das atividades fins da entidade de buscar eficiência e melhor gestão de recursos financeiros decorrente da cooperação mútua entre os entes consorciados, nos termos do que prevê o Contrato de Consórcio e Estatuto do CISO II.

Valor Mensal Máximo: R\$ 3.400,00 (três mil e quatrocentos reais)

Valor Global Máximo: R\$ 17.000,00 (Dezessete mil reais)

Tipo do Credor: Pessoa Jurídica.

Nome do Contratado: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II.

CNPJ do Contratado: 02.394.757/0001-32.

Modalidade de Licitação: Outras – Dispensa.

Fundamentação: Artigo 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93 e alterações.

Dotação Orçamentária: 55.01.10.301.2023.2.061.3.3.71.70

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO

CERTIFICO que em cumprimento a legislação vigente o extrato deste Contrato de Rateio foi publicado mediante afixação no átrio oficial da Prefeitura Municipal de Palmeiras de Goiás, na data de 05/08/2019.

Por ser verdade, firmo a presente.

PALMEIRAS DE GOIÁS, 05 DE AGOSTO DE 2.019.



SECRETÁRIO(A) DE ADMINISTRAÇÃO

Anexo I

TABELA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS APROVADA EM AGP

Procedimento	Valor unitário – R\$
<u>SERVIÇO DE CARDIOLOGIA</u>	
Holter 24 hs	70,00



Teste ergométrico	70,00
Mapa 24 hs	70,00
Eletrocardiograma	20,00
Ecocardiograma	135,00
Ultrassom de carótidas	135,00
<u>SERVIÇO DE UROLOGIA</u>	
Urofluxometria	82,57
Urodinâmica completa	256,29
Cistoscopia com retirada de duplo J	800,00
<u>SERVIÇO DE ORTOPEDIA</u>	
Gesso ou tala membros inferiores	75,00
Gesso ou tala membros superiores	72,00
Jones	75,00
Redução de fratura ou/luxação s/anestesia	100,00
Infiltração	75,00
Drenagem de hematoma	75,00
USG musculoesquelética	100,00
Demais procedimentos ortopédicos não listados neste anexo	Tabela CHPM
<u>SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA</u>	
Endoscopia digestiva alta	180,00
Colonoscopia	380,00
<u>SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL</u>	
Colecistectomia sem colangiografia	1.430,00
Herniografia crural unilateral	1.001,00
Herniografia crural bilateral	1.430,00

Herniografia epigástrica	1.001,00
Herniografia inguinal unilateral	1.144,00
Herniografia inguinal bilateral	1430,00
Bartolinetomia	286,00
Colpoperineoplastia anterior e posterior	572,00
Curetagem semiótica	286,00
Histerectomia total	1.430,00
Laqueadura tubaria	1.001,00
Ooforectomia uni/bilateral	1.001,00
Vasectomia	429,00
Apendicectomia	1.144,00
Hemorroidectomia	858,00
Laparotomia	1.144,00
<u>SERVIÇO DE VASCULAR</u>	
Doppler de carótida e vertebrais	158,00
Doppler colorido venoso de membros inferiores	366,00
Doppler colorido arterial de membros inferiores	366,00
Varicectomia	1.040,00
Amputação de membros inferiores (cada)	780,00
Debridamento de lesão de membro (cada)	400,00
<u>SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA</u>	
Teste do olhinho	50,00
Retirada de corpo estranho	50,00
<u>SERVIÇO DE IMAGENOLOGIA – eletivo com laudo imediato</u>	
Mamografia digital bilateral	R\$ 100,00

<u>DENSITOMETRIA OSSEA</u>	
Densitometria óssea- 2 segmentos (coluna e fêmur)	R\$ 180,00
<u>RADIOLOGIA GERAL</u>	
Crânio - 2 incidências	R\$ 60,00
Orelha, mastoides ou rochedos - bilateral	R\$ 100,00
Orbitas - Bilateral	R\$ 80,00
Seios da Face - 3 inc	R\$ 60,00
Sela turcica	R\$ 70,00
Maxilar inferior/ mandíbula (Ap/obl)	R\$ 70,00
Ossos da face	R\$ 80,00
Articulação temporomandibular (bilateral)	R\$ 130,00
Adenoides ou cavum	R\$ 60,00
Coluna Cervical AP/P	R\$ 60,00
Coluna cervical AP/P/OBL	R\$ 70,00
Coluna Dorsal AP/P	R\$ 60,00
Coluna Dorsal- 4 incidencias	R\$ 70,00
Coluna lombo-sacra AP/P	R\$ 60,00
Coluna lombo-sacra – 5 incidencia	R\$ 80,00
Sacro - coccix	R\$ 90,00
Coluna total para escoliose	R\$ 110,00
Tórax (PA/Perfil)	R\$ 70,00
Esterno	R\$70,00
Articulação esternoclavicular	R\$ 70,00
Costelas- por hemitorax	R\$ 70,00
Clavicula	R\$70,00

flavio

Omoplata ou escapula	R\$70,00
Articulação acromioclavicular	R\$ 60,00
Articulação escapuloumeral (ombro)	R\$ 60,00
Braço	R\$ 60,00
Cotovelo	R\$ 60,00
Antebraço	R\$ 60,00
Punho	R\$ 60,00
Mão ou quirodáctilo	R\$ 60,00
Mãos e punhos para idade óssea	R\$ 110,00
Abdome AP/P	R\$ 70,00
Abdome agudo	R\$ 90,00
Bacia AP	R\$ 60,00
Bacia AP/RÃ	R\$ 70,00
Articulações sacroiliacas	R\$ 70,00
Articulação coxofemoral (quadril)	R\$ 60,00
Coxa	R\$ 60,00
Joelho AP/P	R\$ 60,00
Joelho AP/P oblíqua	R\$ 80,00
Patela	R\$ 70,00
Perna	R\$ 60,00
Articulação tibiotarsica (tornozelo)	R\$ 60,00
Pé (AP/PERFIL)	R\$ 60,00
Calcâneo	R\$ 60,00
Escanometria	R\$ 130,00
Panorâmica para membros inferiores	R\$ 90,00

<u>RAIOS-X CONTRASTADOS</u>	
Esofago	R\$ 290,00
Esofado – Hiato – Estomago e Duodeno (REED)	R\$ 340,00
Transito e morfologia do delgado	R\$ 390,00
Enema opaco (duplo contraste)	R\$ 390,00
Urografia venosa com bexiga pré e pós- miccional (ATÉ 80 KG)	R\$ 340,00
Uretrocistografia de adulto	R\$ 340,00
Uretrocistografia de criança	R\$ 390,00
<u>ULTRASSONOGRRAFIA</u>	
Mamas	R\$ 110,00
Abdome total (inclui abdome superior)	R\$ 140,00
Abdome superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	R\$90,00
Aparelho Urinário - FEM / Masculino	R\$ 90,00
Abdome inferior masculino - próstata	R\$ 90,00
Abdome inferior feminino - Pélvica	R\$ 90,00
Órgãos Superficiais (tireoide, escroto, pênis e crânio, etc...)	R\$ 100,00
Orgão superficiais com DOPPLER	R\$ 200,00
Estruturas superficiais (cervical, axilas, musculo e tendão)	R\$ 100,00
Estrutura superficial com DOPPLER	R\$ 200,00
Articulação (joelho, cotovelo, tornozelo, punho, ombro, pé, mão etc)	R\$ 110,00
Obstétrica acima de 14 semanas	R\$ 90,00
Obstétrica gestação múltipla- até 14 semanas	R\$ 260,00
Obstétrica gestação múltipla – acima de 14 semanas	R\$ 300,00
Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 90,00
Transvaginal (inclui abdome inferior feminino)	R\$ 90,00

Handwritten signature

Próstata transretal (inclui adome inferior masculino)	R\$ 190,00
<u>TOMOGRAFIA</u>	
Crânio	R\$ 300,00
Sela tursica	R\$ 230,00
Orbita	R\$ 230,00
Mastoides ou orelhas	R\$ 310,00
Seios da Face	R\$ 270,00
Ossos temporais	R\$ 270,00
Articulações temporomandibulares - ATM	R\$ 300,00
Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)	R\$ 380,00
Tórax	R\$ 390,00
Abdome total	R\$ 510,00
Aparelho Urinário	R\$ 410,00
Abdome Superior	R\$ 390,00
Abdome inferior	R\$ 390,00
Bacia	R\$ 390,00
Coluna cervical ou dorsal ou lombar (cada segmento)	R\$ 270,00
Articulação (esternoclavicular, ombro, cotovelo, punho, sacroiliacas, sacro-coccix, coxo femoral, joelho, pe, tornozelo) unilateral	R\$ 350,00
Segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna) unilateral	R\$ 350,00
Angio tomografia de segmentos	R\$ 510,00
URO TC	R\$ 415,00
<u>RESSONÂNCIA MAGNETICA</u>	
Rnm crânio (encéfalo)	R\$ 630,00

Rnm sela túrcica (hipófise)	R\$ 590,00
Rnm plexo braquial	R\$ 590,00
Rnm mastoide	R\$ 590,00
Rnm base do crânio	R\$ 630,00
Rnm orbita bilateral	R\$ 630,00
Rnm ossos temporais bilaterais	R\$ 590,00
Rnm face (inclui ossos da face)	R\$ 590,00
Rnm articulação temporomandibular (bilateral)/ ATM	R\$ 630,00
Rnm clavícula	R\$ 550,00
Rnm pescoço (nasofaringe, orofaringe, laringe, traqueia, tireoide, paratireoide)	R\$ 670,00
Rnm tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	R\$ 670,00
Rnm mama (bilateral)	R\$ 850,00
Rnm abdome superior	R\$ 670,00
Rnm abdome inferior (pelve- não inclui articulações coxofemorais)	R\$ 550,00
Rnm abdome total	R\$ 790,00
Rnm aparelho urinário	R\$ 710,00
Rnm coluna cervical, dorsal, lombar (cada segmento)	R\$ 550,00
Rnm membro superior unilateral (braço, antebraço)	R\$ 670,00
Rnm bacia (articulação sacroiliacas)	R\$ 590,00
Rnm coxa (unilateral)	R\$ 670,00
Rnm perna (unilateral)	R\$ 670,00
Rnm pé (antepe)	R\$ 670,00
Rnm articulação (mão, Punho, ombro, joelho, cotovelo, tornozelo, coxo- femoral, etc..)	R\$ 590,00
Angio RM (crânio, pescoço, tórax, abdome superior, pelve)	R\$ 790,00

Alana

Angio RM de aorta torácica	R\$ 790,00
Angio RM de aorta abdominal	R\$ 790,00
Hidro RM (colangio- RM, URO- RM)	R\$ 670,00
Artro RM (incluir a punção articular) por articulação	R\$ 750,00
ANALISE CLINICA	
ACETONA URINA	R\$ 35,00
ACIDO FOLICO	R\$ 15,65
ACIDO LACTICO	R\$ 3,68
ACIDO URICO	R\$ 1,85
ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
ACTH, HORMONIO ADRENOCORTICOTROFICO	R\$ 12,28
ALBUMINA	R\$ 1,85
ALFA FETOPROTEINA	R\$ 15,06
ALUMINIO	R\$ 27,50
AMILASE	R\$ 2,25
ANATOMOPATOLOGICO EXAME	R\$ 45,00
ANDROSTENEDIONA	R\$ 9,00
ANTI-DNA-NATIVO, DUPLA HELICE	R\$ 8,67
ANTI-MICROSSOMA	R\$ 17,16
ANTI-MITOCONDRIA	R\$ 17,16
ANTI-PEROXIDASE	R\$ 17,16
ANTI-RNP	R\$ 17,16
ANTI-SCL70, ESCLERODERMA	R\$ 10,00
ANTI-SM	R\$ 17,16
ANTI-SSA/RO	R\$ 18,55
ANTI-SSB/LA	R\$ 18,55
ANTI-TIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
ANTIBIOGRAMA MANUAL DIVERSOS	R\$ 4,98
ANTIESTREPTOLISINA O	R\$ 2,83
ATIVIDADE REUMATICA PROVAS	R\$ 10,50
BAAR PESQUISA DIVERSOS	R\$ 4,20
BAAR PESQUISA ESCARRO AMOSTRA ISOLADA	R\$ 4,20
BAAR PESQUISA ESCARRO AMOSTRA SERIADA	R\$ 4,20
BACTERIOSCOPIA DIVERSOS	R\$ 2,80
BETA-HCG PESQUISA	R\$ 6,83
BETA-HCG QUANTITATIVO	R\$ 6,83
BILIRRUBINA DIRETA	R\$ 2,01
BILIRRUBINA TOTAL	R\$ 2,01
BILIRRUBINAS	R\$ 2,01
BNP, PEPTIDIO NATRIURETICO TIPO B	R\$ 100,00

Aluna

C3 COMPLEMENTO	R\$ 17,16
C4 COMPLEMENTO	R\$ 17,16
CALCIO	R\$ 1,85
CALCIO IONICO	R\$ 3,51
CALCIO U24H	R\$ 1,85
CALCIO URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 1,85
CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
CEA, ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 13,35
CH50	R\$ 9,25
CHLAMYDIA EIE IGG	R\$ 17,16
CHLAMYDIA EIE IGM	R\$ 17,16
CICLOSPORINA	R\$ 58,61
CITOLOGIA ASPIRATIVA DIVERSOS	R\$ 50,00
CITOLOGIA DIVERSOS	R\$ 50,00
CITOMEGALOVIRUS EIE IGG	R\$ 11,00
CITOMEGALOVIRUS EIE IGM	R\$ 11,00
CLEARANCE DA CREATININA	R\$ 3,51
CLEARANCE DA CREATININA U8H	R\$ 3,51
CLEARANCE DA UREIA	R\$ 3,51
CLEARANCE DO ACIDO URICO	R\$ 3,51
CLORO	R\$ 2,01
CLORO DIVERSOS	R\$ 1,85
CLORO U24H	R\$ 2,01
CLORO URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 2,01
COAGULO RETRACAO	R\$ 2,73
COAGULOGAMA COM TP/TTPA	R\$ 22,17
COLESTEROL	R\$ 1,85
COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
COLESTEROL TOTAL E FRACOES	R\$ 15,89
COLESTEROL VLDL	R\$ 3,51
COLINESTERASE	R\$ 3,68
COLPOCITOLOGIA	R\$ 25,00
CONTAGEM DE COLONIAS	R\$ 4,98
CONTAGEM DE COLONIAS DIVERSOS	R\$ 4,98
COOMBS DIRETO	R\$ 2,73
COOMBS INDIRETO	R\$ 2,73
COPROCULTURA	R\$ 5,62
CORTISOL	R\$ 8,57
CORTISOL 08:00	R\$ 8,57
CORTISOL 16:00 H	R\$ 8,57
CORTISOL LIVRE U24H	R\$ 8,57

CORTISOL SALIVAR	R\$ 40,00
CORTISOL SALIVAR 11 HORAS	R\$ 40,00
CORTISOL SALIVAR 16 HORAS	R\$ 40,00
CORTISOL SALIVAR 23 HORAS	R\$ 40,00
CREATINAFOSFOQUINASE	R\$ 3,68
CREATINAFOSFOQUINASE, CK-MB	R\$ 4,12
CREATININA	R\$ 1,85
CREATININA DIVERSOS	R\$ 1,85
CREATININA U12H	R\$ 1,85
CREATININA U24H	R\$ 1,85
CREATININA U8H	R\$ 1,85
CREATININA URINA 2H JEJUM	R\$ 1,85
CREATININA URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 5,33
CULTURA MANUAL DIVERSOS	R\$ 5,63
CULTURA QUANTITATIVA DIVERSOS	R\$ 100,00
D-DIMEROS	R\$ 9,78
DHEA, DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 3,68
DHL, DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
DHL, DESIDROGENASE LÁTICA, DIVERSOS	R\$ 55,00
DHT, DEHIDROTESTOSTERONA	R\$ 17,16
EB VIRUS ANTICORPOS ANTI-VCA EIE IGG	R\$ 17,16
EB VIRUS ANTICORPOS ANTI-VCA EIE IGM	R\$ 5,41
ELETOFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 4,42
ELETOFORESE DE PROTEÍNAS SÉRICAS	R\$ 9,70
ESPERMOGRAMA	R\$ 8,83
ESTRADIOL, E2	R\$ 11,12
ESTRONA, E1	R\$ 17,16
FAN HEP-2 IFI	R\$ 1,37
FATOR DU	R\$ 2,83
FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,37
FATOR RH	R\$ 15,59
FERRITINA	R\$ 3,51
FERRO	R\$ 4,60
FIBRINOGENIO	R\$ 2,01
FOSFATASE ALCALINA	R\$ 1,85
FOSFORO	R\$ 1,85
FOSFORO U24H	R\$ 1,85
FOSFORO URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 6,86
FSH, HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE	R\$ 10,00
FTA-ABS IGG	R\$ 10,00
FTA-ABS IGM	R\$ 19,99
FUNCAO HEPATICA PROVA	R\$ 43,16
FUNCAO TIROIDIANA PROVA	

FUNGOS CULTURA DIVERSOS	R\$ 4,19
FUNGOS PESQUISA DIVERSOS	R\$ 2,80
GAMA-GT, GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 3,51
GASOMETRIA	R\$ 60,00
GLICEMIA DE JEJUM	R\$ 1,85
GLICEMIA POS-PRANDIAL	R\$ 1,85
GLICEMIA POS-SOBRECARGA COM GLICOSE	R\$ 1,85
GLICOSE DIVERSOS	R\$ 1,85
GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS, SHBG	R\$ 23,00
GORDURA FECAL PESQUISA	R\$ 3,04
GRUPO SANGUINEO E FATOR RH	R\$ 1,37
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA AEROBIOS	R\$ 50,00
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA ANAEROBIOS	R\$ 50,00
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA FUNGOS	R\$ 50,00
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA PARA MYCOBACTERIAS	R\$ 100,00
HEMOGLOBINA A1C	R\$ 7,86
HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
HEMOSEDIMENTACAO	R\$ 2,73
HEPATITE A: ANTI-HAV EIE IGG	R\$ 18,55
HEPATITE A: ANTI-HAV EIE IGM	R\$ 18,55
HEPATITE B: ANTI-HBC EIE IGG	R\$ 18,55
HEPATITE B: ANTI-HBC EIE IGM	R\$ 18,55
HEPATITE B: ANTI-HBE	R\$ 18,55
HEPATITE B: ANTI-HBS EIE	R\$ 18,55
HEPATITE B: HBeAG	R\$ 18,55
HEPATITE B: HBSAG EIE	R\$ 18,55
HEPATITE C: ANTI-HCV EIE	R\$ 18,55
HERPES SIMPLES I/II EIE IGG	R\$ 17,16
HERPES SIMPLES I/II EIE IGM	R\$ 17,16
HIV ANTICORPOS EIE	R\$ 10,00
HOMOCISTEINA	R\$ 35,00
HTLV1/2 ANTICORPOS EIE	R\$ 18,55
IGE TOTAL	R\$ 9,25
IGM SERICA	R\$ 17,16
INDICE DE SATURACÃO DA TRANSFERRINA	R\$ 2,02
INDICE DE TIROXINA LIVRE, ITL	R\$ 10,09
INSULINA	R\$ 6,55
LACTOSE PROVA DE ABSORCAO	R\$ 40,00
LH, HORMONIO LUTEOTROFICO	R\$ 7,80
LIPASE	R\$ 2,25
LIPIDOGRAMA, PERFIL LIPIDICO	R\$ 12,38
LITIO	R\$ 2,25
MAGNESIO	R\$ 2,01

MAGNESIO U24H	R\$ 2,01
MAGNESIO URINA	R\$ 2,01
MICROALBUMINURIA U8H, U12H ou U24H	R\$ 8,12
MICROALBUMINURIA URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 8,12
MUCOPROTEINA	R\$ 2,01
PARASITOLOGICO AMOSTRA ISOLADA	R\$ 1,65
PARASITOLOGICO SERIADO	R\$ 1,65
PARASITOLOGICO, MIF, TRES AMOSTRAS	R\$ 1,65
PERFIL REUMATOLOGICO	R\$ 31,72
PLAQUETAS CONTAGEM	R\$ 2,73
PLAQUETOGRAMA	R\$ 5,79
POTASSIO	R\$ 1,85
PROGESTERONA	R\$ 8,41
PROLACTINA	R\$ 8,39
PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
PROTEINA C REATIVA ULTRASSENSIVEL	R\$ 9,25
PROTEINAS DIVERSOS	R\$ 1,40
PROTEINAS TOTAIS E FRACOES SERICAS	R\$ 1,85
PROTEINAS URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 2,04
PROTEINURIA DE 12 HORAS	R\$ 2,04
PROTEINURIA DE 24 HORAS	R\$ 2,04
PROTEINURIA DE 6 HORAS	R\$ 2,04
PROVA DO LAÇO	R\$ 2,73
PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 16,42
PSA, ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	R\$ 16,42
PTH N, MOLECULA INTACTA, PARATORMONIO	R\$ 37,50
RETICULOCITOS CONTAGEM	R\$ 2,73
RUBEOLA EIE IGG	R\$ 17,16
RUBEOLA EIE IGM	R\$ 17,16
SANGUE OCULTO PESQUISA	R\$ 1,65
SDHEA, SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 11,40
SEROTONINA	R\$ 27,00
SODIO	R\$ 1,85
SODIO U24H	R\$ 1,85
SODIO URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 1,85
T3 LIVRE	R\$ 8,71
T3, TRI-IODOTIRONINA	R\$ 7,57
T4 LIVRE	R\$ 10,09
T4, TIROXINA	R\$ 7,62
TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 2,73
TEMPO DE PROTROMBINA, TP	R\$ 2,73
TEMPO DE SANGRAMENTO DUKE	R\$ 2,73

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO	R\$ 5,79
TESTOSTERONA	R\$ 9,07
TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
TOXOPLASMOSE EIE IGG	R\$ 16,97
TOXOPLASMOSE EIE IGM	R\$ 18,55
TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA, TGO, AST	R\$ 2,01
TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA, TGP, ALT	R\$ 2,01
TRANSFERRINA	R\$ 4,12
TREPONEMA PESQUISA DIVERSOS	R\$ 4,10
TRICHOMONAS PESQUISA DIVERSOS	R\$ 2,80
TRIGLICERIDES	R\$ 3,51
TRIGLICERIDES POS-PRANDIAL	R\$ 3,51
TRYPANOSOMA CRUZI EIE IGG	R\$ 9,25
TRYPANOSOMA CRUZI HA	R\$ 4,10
TRYPANOSOMA CRUZI IFI IGG	R\$ 10,00
TSH, HORMONIO TIREOESTIMULANTE	R\$ 7,79
URANALISE	R\$ 3,70
URANALISE PRIMEIRO JATO	R\$ 3,70
URANALISE ULTIMO JATO	R\$ 3,70
UREIA	R\$ 1,85
UREIA POS	R\$ 1,85
UREIA PRE	R\$ 1,85
UREIA U24H	R\$ 1,85
UREIA URINA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 1,85
UROCULTURA, CONTAGEM DE COLONIAS E ANTIBIOGRAMA	R\$ 5,62
VDRL	R\$ 2,83
VITAMINA A	R\$ 50,00
VITAMINA B12	R\$ 15,24
VITAMINA C	R\$ 40,00
VITAMINA D3, 25 HIDROXI VITAMINA D	R\$ 40,00

[Assinatura]

✓

8