



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 03/2022

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE DOM JOAQUIM/MG E O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NORDESTE – CISCEN.**

O MUNICÍPIO DE DOM JOAQUIM, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 18.303.198/0001-48, com endereço na Praça Cônego Firmiano, 40, Centro, CEP 35.865-000, Dom Joaquim, doravante denominado de **CONTRATANTE**, neste ato representado pela Sr. Prefeito Municipal, **GERALDO ADILSON GONÇALVES**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº M-8.133.795 SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 903.899.306-44, residente e domiciliado em Dom Joaquim, CEP 35.865-000; e o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NORDESTE**, inscrito no CNPJ sob o nº 00.773.222/0001-47, com sede na Rua Primavera, nº 428, Bairro Colina Verde, Guanhães/MG, CEP: 39740-000, doravante denominado **CONTRATADO**, neste ato representado Sr. **CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 726.239.186-00, portador da carteira de identidade nº M-2297734 residente e domiciliado na cidade de Sabinópolis/MG, na qualidade de Presidente do Conselho de Prefeitos do CISCEN, resolvem celebrar o presente **Contrato de Prestação de Serviços** que se regerá em conformidade com a Lei Federal nº 11.107/05, além das demais disposições gerais e regulamentares dedicadas à espécie, considerando que a licitação é **DISPENSADA**, e pelas seguintes cláusulas e condições:

### DA REGÊNCIA

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – Aplicam-se ao presente contrato de programa as disposições da legislação federal de licitações, Lei nº 8.666/93, de consórcios públicos, Lei nº 11.107/05, a Lei Federal nº 8.080/90, o art. 3º, §3º da Lei nº 8.142/90, o Decreto Lei nº 6.017/2007, bem como a legislação municipal de ratificação do Protocolo de Intenções, Lei Municipal nº 032 de 25 de outubro 2018.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – O presente contrato é celebrado por dispensa de licitação, com fundamento no art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666/93, no art. 2º, §1º, inciso III da Lei, nº 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/2007.

### DO OBJETO

**CLÁUSULA TERCEIRA** – Constitui objeto do presente contrato a prestação dos serviços em saúde, em favor do Município/Contratante, usuários do Sistema Único de Saúde, nos termos estabelecidos neste Termo Contratual e seus anexos.

**3.1** - O Município **CONTRATANTE** poderá utilizar quantidade de serviços maior ou menor do que aquela estabelecida nos anexos, mediante a assinatura de Termo Aditivo e de acordo com



a capacidade do CONTRATADO, que receberá pela prestação destes serviços, no mês subsequente de sua utilização.

3.2 - Para atingir os objetivos previstos na cláusula terceira, o CONTRATADO, diante de suas necessidades e enquanto estiver em vigência o presente contrato, poderá contratar com pessoas físicas ou jurídicas os serviços almejados, sendo de sua responsabilidade a execução e qualidade dos mesmos.

3.3. A prestação dos serviços constante neste contrato, prevista nessa cláusula será realizada e custeada com base no Planejamento Estimado de consultas e exames, enviado pelo CONTRATANTE, que fará parte deste contrato independente de transcrição.

3.3.1. Poderá o CONTRATANTE alterar o Planejamento Estimado de serviços contratados, esporadicamente, desde que seja respeitado o objeto contratado, prevista e especificado na TABELA DE PROCEDIMENTOS constante neste Contrato, de acordo com a possibilidade do contratado.

## DO REPASSE FINANCEIRO E REAJUSTE DO PREÇO CONTRATADO

**CLÁUSULA QUARTA:** Pelo presente instrumento e para o custeio dos serviços citados na cláusula terceira, o CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO, o valor global estimado de R\$ 142.000,00 (Cento e Quarenta e Dois e Reais), perfazendo um estimado mensal de R\$11.833,00 (onze mil oitocentos e trinta e três reais).

4.1. O valor constante unitário previsto em cada procedimento, nesta cláusula quarta, corresponde ao valor das consultas/exames previstos no Anexo I deste contrato, seguindo o Planejamento do CONTRATANTE, bem como os serviços relacionados à coleta de lixo hospitalar e diárias de hospedagem em Casa de Apoio na Capital Mineira.

4.2. Os valores previstos nesta cláusula quarta poderão ser reajustados, em caso de ocorrência de fatores supervenientes que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem a regular disponibilização dos serviços aqui contratados, observando-se as normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93, que trata das Licitações e Contratos Administrativos.

4.3. Os possíveis reajustes serão mediante Termos Aditivos, sendo necessário indicar no referido termo a origem e autorização do reajuste.

4.4. O CONTRATANTE repassará ao CONTRATADO o valor total pelos serviços ofertados, até o dia 10 do mês subsequente ao da prestação do serviço, mediante transferência bancária, a ser creditado na conta corrente nº. 24.9467, agência nº 0397-2, do Banco do Brasil, em nome do Consórcio/Contratado.

## DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DAS OBRIGAÇÕES

**CLÁUSULA QUINTA** - O CONTRATADO será responsável pela execução do objeto deste contrato, devendo observar as seguintes obrigações:

I - Executar os serviços dentro do limite estabelecido, de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do CONTRATANTE;

II - Ofertar aos pacientes do CONTRATANTE toda estrutura necessária ao seu atendimento, de acordo com o programa contratado;



- III** – Manter sempre atualizado e em funcionamento seu sistema de agendamento de consultas;
- IV** – Oferecer atendimento diferenciado, com dignidade, cortesia e igualitário, buscando sempre a excelência na qualidade do atendimento;
- V** – Comunicar expressamente o CONTRATANTE sobre a ocorrência de qualquer incidente relevante que possa comprometer a qualidade ou continuidade da prestação dos serviços objeto deste contrato;
- VI** – Planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes do Município CONTRATANTE e implantar os serviços afins;
- VII** – Fornecer sempre que solicitado, todas as orientações técnicas e administrativas de funcionamento do consórcio, com o objetivo de tornar o mais transparente possível suas atividades.
- VIII** – Responsabilizar-se por todas as despesas e encargos de qualquer natureza com pessoal da sua contratação, necessários à execução do objeto deste instrumento, inclusive encargos relativos à legislação trabalhista e quaisquer outros decorrentes do presente contrato;
- IX** – Assumir inteira responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados diretamente ou por seus empregados ou prepostos, ao CONTRATANTE ou a terceiros;
- X** – Facilitar o acesso a fiscalização dos prepostos designados pelo CONTRATANTE, que serão devidamente credenciados;
- XI** – Prestar contas dos recursos objeto deste contrato, nos termos previstos no Estatuto e Regimento Interno do CISCEN;
- XII** – Manter arquivado por 05 (cinco) anos toda a documentação, disponível para fiscalização quando necessário.

**CLÁUSULA SEXTA** – São obrigações do CONTRATANTE, além de outras decorrentes de normas legais:

- I** – Pagar pelos serviços ofertados, conforme a cláusula quarta e anexos deste contrato, mediante apresentação da respectiva nota fiscal, dentro do prazo estipulado neste Instrumento;
- II** – Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços evidenciados no presente Contrato, através de prepostos designados;
- III** – Prestar as informações solicitadas pelo CONTRATADO;
- IV** – Zelar pela correta execução dos serviços;
- V** – Administrar a utilização dos serviços contratados junto aos seus munícipes;
- VI** – Gerenciar a marcação de consultas/exames, com a antecedência prevista;
- VII** – Só utilizar as consultas/exames dentro do limite e valor contratado, devendo se abster de marcar qualquer procedimento extra, sem a prévia autorização do CONTRATADO, após respectivo Termo Aditivo, quando for o caso;
- VIII** – Comunicar imediatamente ao CONTRATADO sobre qualquer problema no funcionamento na prestação do serviço;




**DA INADIMPLÊNCIA E DAS PENALIDADES**

**CLAUSULA DÉCIMA** – O presente contrato terá sua vigência até o dia 31 de dezembro de 2022, a iniciar na data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

10.1. A parte que não se interessar pela prorrogação contratual, deverá comunicar o fato à outra parte, por meio escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

**DA VIGÊNCIA**

02.07.01.10.301.1001.2043.3.90.39.00 Ficha: 255  
 02.07.01.10.301.1001.2044.3.90.39.00 Ficha: 258  
 02.07.01.10.301.1001.2175.3.90.39.00 Ficha: 272  
 02.07.01.10.301.1001.2176.3.90.39.00 Ficha: 273

**CLAUSULA NONA:** As despesas com a execução deste Contrato correrão por conta de recursos próprios do CONTRATANTE, por conta das dotações orçamentárias:

**DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

**CLAUSULA OITAVA** – Fica estabelecido que não haverá, até disposição expressa em contrato, transferência de pessoal e/ou bens entre CONTRATANTE e CONTRATADO.

**DA TRANSFERÊNCIA DE BENS E DE PESSOAL**

**III** – fornecer informações e certidões solicitadas pelos representantes do CONTRATANTE e órgãos oficiais de fiscalização e controle;

**II** – manter no sistema do Consórcio os dados constantes no inciso I desta cláusula;

**I** – Deixar na sede do CONTRATADO e a Disposição do CONTRATANTE, as informações contábeis e demonstrações financeiras, exigidas segundo a legislação pertinente, relativos ao desenvolvimento e ao cumprimento do objeto deste contrato.

**CLAUSULA SÉTIMA** – A fim de garantir a transparência da gestão administrativa, econômica e financeira dos objetivos e metas previstos neste contrato, serão observadas as disposições constantes neste Contrato de Programa, sendo que o CONTRATADO deverá, especialmente:

**DA TRANSPARÊNCIA DA GESTÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA**

**XI** – Autorizar o repasse diretamente de sua conta indicada, mediante comunicação ao Banco do Brasil, nos termos previstos na cláusula quarta, subcláusula 4.4.





**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** – O CONTRATANTE inadimplente com o CONTRATADO será notificado formalmente sobre sua inadimplência, para que regularize sua situação.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** – Uma vez notificado da inadimplência, serão suspensos os serviços prestados pelo CONTRATADO ao CONTRATANTE, até a regularização da dívida.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** – Não sendo regularizada a inadimplência no prazo de três meses, o CONTRATADO poderá adotar as medidas judiciais para o adimplemento forçado pelo CONTRATANTE.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** - Quando os recursos forem utilizados em finalidades diversas das estabelecidas neste instrumento e a prestação de contas realizada em assembleia não for apresentada no prazo exigido, bem como, não for executado o objeto da avença, ressalvadas as hipóteses de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado, o CONTRATADO deverá restituir o valor transferido acrescido de juros e correção monetária, segundo o índice oficial, a partir da data do recebimento do recurso.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - As penalidades serão aplicadas mediante deliberação em Assembleia Geral do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NORDESTE – CISCEN, observada a Lei 8.666/93, Protocolo de Intenções, o Estatuto e o Regimento Interno do CONTRATADO.

### DA RESPONSABILIZAÇÃO

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** - O Presidente do Consórcio e/ou seu Diretor Executivo não respondem, pessoalmente, pelo descumprimento das obrigações decorrentes deste contrato de programa.

**17.1.** O disposto nesta cláusula não se aplica aos atos praticados em desconformidade com a lei, com o Contrato de Consórcio Público, Estatuto do Consórcio e seu Regimento, e demais cominações legais.

### DA RESCISÃO

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA** – O presente contrato programa poderá ser rescindido por:

**I** – Descumprimento de qualquer das obrigações para execução do objeto;

**II** – Superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne, formal ou materialmente, inexecutável;

**III** – Ato unilateral com comprovada motivação jurídica e/ou legal, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**17.1.** No período de 30 (trinta) dias, previsto no inciso anterior, não poderá o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados, nem o CONTRATANTE recusar a

21.4. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste CONTRATO, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

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

21.2. O CONTRATADO não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste CONTRATO.

IV - O profissional/empresa credenciado pelo CONTRATADO para execução do objeto deste contrato, em caso de ausência de profissional da área na sede do CONTRATADO;

III - O profissional autônomo e/ou empresa que presta serviços à CONTRATADA;

II - O profissional que tenha vínculo de empregado com o CONTRATADO;

I - O membro do seu corpo de profissionais;

21.1. Para os efeitos deste CONTRATO, consideram-se profissionais e prestadores de serviços do CONTRATADO:

CLAUSULA VIGESIMA PRIMEIRA: Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais e prestadores de serviço do CONTRATADO.

CLAUSULA VIGESIMA: A Quantidade de exames/Consultas que poderão ocorrer anualmente ficará atrelada ao valor mensal repassado, de acordo com o planejamento da Contratante, se necessário e conveniente, celebrar termo aditivo para aumento ou supressão da quantidade, observado o planejamento encaminhado pelo CONTRATANTE, que fará parte deste contrato independente de transcrição.

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLAUSULA DECIMA NONA: Os casos omissos, modificações e outras divergências que possam surgir da execução do presente Contrato, serão resolvidos em Assembleia Geral do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NORDESTE - CISCEN, e na ausência deste, na forma prevista na legislação civil vigente.

### DOS CASOS OMISSOS

CLAUSULA DECIMA OITAVA: Mediante concordância das partes CONTRATANTES, poderá este instrumento ser modificado ou revigorado, durante sua vigência, através de termos aditivos.

### DAS ALTERAÇÕES/MODIFICAÇÕES

de penalidades, cabendo, no caso de inobservância deste inciso, a aplicação efetivar os pagamentos devidos, previstos na cláusula décima quinta.





**21.5.** É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

### DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO PROGRAMA

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA:** Fica sob a responsabilidade do CONTRATANTE a publicação deste Contrato Programa.

### DO FORO

**CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA** – Fica eleito o foro da Comarca de Guanhães/MG para dirimir as questões decorrentes do presente Contrato com renúncia expressa a qualquer outro, por mais especial que seja.

E por estarem assim justos e contratados, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora firmadas, as partes assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Dom Joaquim – MG, 03 de janeiro de 2022.

**GERALDO ADILSON GONÇALVES**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**MUNICÍPIO DE DOM JOAQUIM/CONTRATANTE**

**CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**  
**PRESIDENTE DO CISCEN/CONTRATADO**

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

**ANEXO I**

1. Da especificação dos serviços, do indicador físico e dos valores.

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Consulta de Cardiologista	R\$ 50,00
02	Consulta de Nefrologista	R\$ 50,00
03	Consulta de Neurocirurgia	R\$ 50,00
04	Consulta de Ortopedista	R\$ 50,00
05	Consulta de Psiquiatra	R\$ 50,00
06	Consulta de Neurologista	R\$ 50,00
07	Consulta de Urologista	R\$ 50,00
08	Consulta de Endocrinologista	R\$ 50,00
09	Consulta de Pré-Natal de Alto Risco	R\$ 50,00
10	Consulta de Angiologista	R\$ 50,00
11	Consulta de Oftalmologista	R\$ 50,00
12	Consulta de Dermatologista	R\$ 50,00
13	Consulta de Gastroenterologista	R\$ 50,00
14	Consulta de Otorrinolaringologista	R\$ 50,00
15	Consulta de Pneumologista	R\$ 50,00
16	Consulta de Reumatologista	R\$ 50,00
17	Consulta de Cirurgia Geral	R\$ 50,00
18	Consulta de infectologista	R\$ 50,00
19	Consulta de Hepatologista	R\$ 50,00
20	Consulta de Alergologista	R\$ 50,00
21	Consulta de Oncologista Clínico	R\$ 50,00
22	Consulta de Anestesiologista	R\$ 50,00
23	Consulta de Geriatria	R\$ 50,00
24	Consulta de Hematologista	R\$ 50,00
25	Consulta de Mastologista	R\$ 50,00
26	Consulta de Proctologista	R\$ 50,00
27	Consulta de Neuropediatra	R\$ 50,00
28	Consulta Pré - Cirúrgica	R\$ 50,00





29	Consulta de Urgência em Oftalmologia (Trauma Ocular)	R\$ 100,00
----	---	------------

**CONSULTAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS FORA DO MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR  
(quando houver deslocamento do prestador até o município)**

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Consulta de Cardiologista	R\$ 70,00
02	Consulta de Nefrologista	R\$ 70,00
03	Consulta de Neurocirurgião	R\$ 70,00
04	Consulta de Ortopedista	R\$ 70,00
05	Consulta de Psiquiatria	R\$ 70,00
06	Consulta de Neurologista	R\$ 70,00
07	Consulta de Urologista	R\$ 70,00
08	Consulta de Endocrinologista	R\$ 70,00
09	Consulta de Pré-Natal de Alto Risco	R\$ 70,00
10	Consulta de Angiologista	R\$ 70,00
11	Consulta de Oftalmologista	R\$ 70,00
12	Consulta de Dermatologista	R\$ 70,00
13	Consulta de Gastroenterologista	R\$ 70,00
14	Consulta de Otorrinolaringologia	R\$ 70,00
15	Consulta de Pneumologista	R\$ 70,00
16	Consulta de Reumatologista	R\$ 70,00
17	Consulta de Cirurgia Geral	R\$ 70,00
18	Consulta de infectologista	R\$ 70,00
19	Consulta de Hepatologista	R\$ 70,00
20	Consulta de Alergologista	R\$ 70,00
21	Consulta de Oncologista Clínico	R\$ 70,00
22	Consulta de Anestesiologista	R\$ 70,00
23	Consulta de Geriatria	R\$ 70,00
24	Consulta de Hematologista	R\$ 70,00
25	Consulta de Mastologista	R\$ 70,00
26	Consulta de Proctologista	R\$ 70,00
27	Consulta de Neuropediatria	R\$ 70,00

28	Consulta Pré - Cirúrgica	R\$ 70,00
----	--------------------------	-----------

**CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Consulta de Nutricionista	R\$ 30,00
02	Consulta de Fonoaudiologia	R\$ 30,00
03	Consulta de Psicologia	R\$ 30,00
04	Consulta de Neuropsicologia	R\$ 30,00

**DIAGNÓSTICO/EXAME EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDILOGIA**

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Audiometria Tonal	R\$ 20,00
02	Audiometria Vocal DV	R\$ 20,00
03	Audiometria Vocal SRT	R\$ 20,00
04	Audiometria Tonal Audiometria Vocal DV Audiometria Vocal SRT Impedanciometria	R\$ 80,00
05	Audiometria Tonal Audiometria Vocal DV Audiometria Vocal SRT Impedanciometria Emissões Otoacústicas	R\$ 120,00
06	BERA	R\$ 130,00
07	Videonasolaringoscopia	R\$ 100,00
08	Videolaringoscopia	R\$ 100,00
09	Vacina Antialérgica	R\$ 170,00
10	Teste Vestibular	R\$ 130,00
11	Teste da Orelinha (Emissões Otoacústicas) Impedanciometria	R\$ 80,00
12	Teste da Orelinha (Emissões Otoacústicas)	R\$ 60,00
13	Teste Alérgico	R\$ 100,00



14	Impedanciometria	R\$ 50,00
----	------------------	-----------

### DIAGNÓSTICO/EXAME EM PNEUMOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Espirometria	R\$ 150,00

### DIAGNÓSTICO/EXAME EM GINECOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Colposcopia	R\$ 150,00

### DIAGNÓSTICO/EXAME EM GASTROENTEROLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 150,00
02	Endoscopia Digestiva Alta de Urgência	R\$ 300,00
03	Endoscopia com Ligadura Elástica de Varizes	R\$ 1.200,00
04	Colonoscopia com Biópsia	R\$ 800,00
05	Mucosectomia	R\$ 350,00
06	Polipectomia	R\$ 300,00
07	Retossigmoidoscopia Rígida	R\$ 200,00
08	Retossigmoidoscopia Flexível	R\$ 200,00

### DIAGNÓSTICO/EXAME EM DERMATOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Cauterização Dermatológica	R\$ 80,00
02	Exerese de Pintas e Verrugas	R\$ 250,00
03	Infiltração de Corticóide (incluso medicação) – por aplicação	R\$ 150,00
04	Teste de Contato (Path Test)	R\$ 170,00
05	Biópsia de pele (Coleta)	R\$ 250,00

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 100,00
02	Ecodoppler Color	R\$ 120,00
03	Ecodoppler Color Pediatríco	R\$ 200,00
04	Ecocardiografia de Estresse	R\$ 300,00
05	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 330,00
06	Eletrocardiograma com Laudo	R\$ 60,00
07	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	R\$ 100,00
08	Mapa 24 Hs	R\$ 100,00
09	Teste Ergométrico/Teste de Esforço	R\$ 120,00
10	Cateterismo Cardíaco	R\$ 1.400,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO - CARDIOLOGIA  
(REALIZADA EM DEMAIS LOCALIDADES)**

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 120,00
02	Ecodoppler Color	R\$ 160,00
03	Ecodoppler Color Pediatríco	R\$ 200,00
04	Ecocardiografia de Estresse	R\$ 300,00
05	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 330,00
06	Eletrocardiograma com Laudo	R\$ 60,00
07	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	R\$ 110,00
08	Mapa 24 Hs	R\$ 110,00
09	Teste Ergométrico/Teste de Esforço	R\$ 120,00
10	Cateterismo Cardíaco	R\$ 1.400,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO - CARDIOLOGIA  
(REALIZADA NA MICRO REGIÃO DE GUANHÃES)**



### EXAME EM DIAGNÓSTICO – NEUROLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Eletroencefalograma	R\$ 80,00
02	Eletroencefalograma c/ Foto Estimulação	R\$ 100,00
03	Eletroencefalograma c/ Mapeamento Cerebral	R\$ 120,00
04	Eletroneuromiografia (dois membros)	R\$ 300,00
05	Eletroneuromiografia (quatro membros)	R\$ 600,00
06	Eletroneuromiografia de Face	R\$ 300,00
07	Polissonografia (a partir de 12 anos de idade)	R\$ 300,00

### EXAME EM DIAGNÓSTICO – ANGIOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Arteriografia de 1 Membro	R\$ 1.200,00
02	Arteriografia de 2 Membros	R\$ 2.400,00
03	Arteriografia cerebral	R\$ 2.100,00

### EXAME EM DIAGNÓSTICO – OFTALMOLOGIA

Item	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Tonometria	R\$ 55,00
02	Retinografia Fluorescente Binocular (Angiofluoresceinografia)	R\$ 190,00
03	Retinografia Colorida Binocular (simples)	R\$ 130,00
04	Simblefaroplastia	R\$ 110,00
05	Injeção Intra-Vitreo (aplicação)	R\$ 1.000,00
06	Injeção Intra-Vitreo com medicamento Avastin – por aplicação (Monocular)	R\$ 2.000,00
07	Injeção Intra-Vitreo com medicamento Lucentis – por aplicação (Monocular)	R\$ 2.900,00
08	Injeção Intra-Vitreo com medicação Mitomicina – por aplicação (Monocular)	R\$ 500,00
09	Injeção Intra-Vitreo com Eilya – por aplicação (Monocular)	R\$ 3.800,00

34	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Até 2 Músculos)	R\$ 4.000,00
33	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 4.000,00
32	Cirurgia de Catarata	R\$ 1.000,00
31	Trabeculectomia (Cirurgia de Glaucoma)	R\$ 1.500,00
30	Topografia Computadorizada de Córnea	R\$ 150,00
29	Paquimetria Ultrassônica	R\$ 65,00
28	Potencial de Acuidade Visual - PAM	R\$ 82,50
27	Tomografia de Coerência Óptica - OCT	R\$ 200,00
26	Mapamento de Retina	R\$ 80,00
25	Sondagem de Vias Lacrimais + Puntoplastia	R\$ 900,00
24	Sondagem de Vias Lacrimais	R\$ 600,00
23	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 400,00
22	Gonioscopia	R\$ 35,00
21	Teste Ortóptico	R\$ 82,50
20	Biometria Ultrassônica (Ecografia B)	R\$ 150,00
19	Fototrabeulectomia a Laser (monocular)	R\$ 400,00
18	Cross Linking Corneano	R\$ 4.500,00
17	Fotocoagulação a Laser	R\$ 220,00
16	Teste de Visão de Cores	R\$ 70,00
15	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 800,00
14	Curva Diária de Pressão Ocular - CDPD	R\$ 50,00
13	Vitriolise a Yag Laser	R\$ 220,00
12	Capsulotomia a Yag Laser (monocular)	R\$ 220,00
11	Campimetria Computadorizada	R\$ 137,50
10	Exeresse de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Superfícies	R\$ 600,00



35	Tratamento Cirúrgico de Glaucoma	R\$ 1.500,00
35	Teste de Lente de Contato	R\$ 82,50
37	Vitrectomia	R\$ 4.350,00
38	Exames de Glaucoma ( Curva diária de Pressão, Paquimetria, Gonioscopia, Retinografia)	R\$ 280,00
39	Cirurgia de Lasik	R\$ 3.000,00
40	Cirurgia Anel Laser	R\$ 5.500,00
41	Cirurgia Refrativa – PRK	R\$ 3.000,00

#### EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – ULTRASSONOGRAFIA

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Ultrassonografia de Abdômen Superior	R\$ 70,00
02	Ultrassonografia de Abdômen Total	R\$ 70,00
03	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 70,00
04	Ultrassonografia de Articulação	R\$ 70,00
05	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 70,00
06	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 70,00
07	Ultrassonografia de Próstata (Via Abdominal)	R\$ 70,00
08	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 70,00
09	Ultrassonografia de Tireoide	R\$ 70,00
10	Ultrassonografia de Tórax (Extracardíaca)	R\$ 70,00
11	Ultrassonografia Obstétrica (cada feto)	R\$ 70,00
12	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 70,00
13	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 70,00
14	Ultrassonografia de Testículo	R\$ 70,00

2

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Doppler Scan Arterial - Membro Inferior (cada membro)	R\$ 140,00
02	Doppler Scan Venoso - Membro Inferior (cada membro)	R\$ 140,00
03	Doppler de Aorta Iliaca	R\$ 140,00
04	Doppler de Artérias Renais	R\$ 140,00
05	Doppler das Carótidas e Vertebrais	R\$ 140,00
06	Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 130,00
07	Doppler de Estruturas Superficiais (Tireoide, Próstata, Testículo, Região Temporal, Parótidas, Glândulas Salivares, Submandibular, Face).	R\$ 130,00
08	Doppler de Membros Superiores para estudo de Fístula de Hemodálise (dois membros)	R\$ 240,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - DOPPLER (REALIZADA NA MICRO REGIÃO DE GUANHÃES)**

15	Ultrassonografia de região Temporal	R\$ 70,00
16	Ultrassonografia de Parótidas	R\$ 70,00
17	Ultrassonografia de Partes Moles	R\$ 70,00
18	Ultrassonografia de Parede Abdominal	R\$ 70,00
19	Ultrassonografia de Glândulas Salivares	R\$ 70,00
20	Ultrassonografia de Face	R\$ 70,00
21	Ultrassonografia de Axilas	R\$ 70,00
22	Ultrassonografia de região Cervical	R\$ 70,00
23	Ultrassonografia de região Inguinal	R\$ 70,00
24	Ultrassonografia de região Submandibular	R\$ 70,00
25	Ultrassonografia Obstétrica - Translucência Nucal	R\$ 100,00
26	Ultrassonografia Morfológica	R\$ 120,00
27	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 160,00
28	Punção de Mama/Tireoide por Agulha Fina - PAAF	R\$ 240,00





**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – DOPPLER  
(REALIZADA EM DEMAIS LOCALIDADES)**

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Doppler Scan Arterial – Membro Inferior (cada membro)	R\$ 100,00
02	Doppler Scan Venoso – Membro Inferior (cada membro)	R\$ 100,00
03	Doppler de Aorta Ilíaca	R\$ 140,00
04	Doppler de Artérias Renais	R\$ 140,00
05	Doppler das Carótidas e Vertebrais	R\$ 120,00
06	Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 130,00
07	Doppler de Estruturas Superficiais (Tireoide, Próstata, Testículo, Região Temporal, Parótidas, Glândulas Salivares, Submandibular, Face).	R\$ 130,00
08	Doppler de Membros Superiores para estudo de Fístula de Hemodiálise (dois membros)	R\$ 240,00
08	Doppler de Membros Superiores para estudo de Fístula de Hemodiálise (dois membros)	R\$ 240,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
(REALIZADA NA MICRO REGIÃO DE GUANHÃES)**

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Tomografia de Coluna Cervical (até 03 Seguimentos)	R\$ 230,00
02	Tomografia de Coluna Dorsal até (03 Seguimentos)	R\$ 230,00
03	Tomografia Coluna Lombo-Sacra (até 03 Seguimentos)	R\$ 230,00
04	Tomografia Coluna Torácica (até 03 Seguimentos)	R\$ 230,00
05	Tomografia de Segmento Apendicular (braço, antebraço, mão, coxa, perna ou pé).	R\$ 230,00
06	Tomografia de Crânio	R\$ 180,00
07	Tomografia de Articulação de Membro Inferior	R\$ 230,00

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Tomografia de Coluna Cervical (até 03 Seguintos)	R\$ 150,00
02	Tomografia de Coluna Dorsal até (03 Seguintos)	R\$ 150,00
03	Tomografia Coluna Lombo-Sacra (até 03 Seguintos)	R\$ 150,00
04	Tomografia Coluna Torácica (até 03 Seguintos)	R\$ 150,00
05	Tomografia de Segmento Apendicular (braço, antebraço, mão, coxa, perna ou pé)	R\$ 180,00
06	Tomografia de Crânio	R\$ 150,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (REALIZADA EM DEMAIS LOCALIDADES)**

08	Tomografia de Articulação de Membro Superior	R\$ 230,00
09	Tomografia Pescoco	R\$ 300,00
10	Tomografia Seios da Face/Articulações Temporomandibulares - ATM	R\$ 180,00
11	Tomografia Abdômen Superior	R\$ 300,00
12	Tomografia Pelve/Bacia/Abdômen Inferior	R\$ 300,00
13	Tomografia Abdômen Total	R\$ 430,00
14	Tomografia Sela Turstica/Órbita	R\$ 300,00
15	Tomografia Tórax	R\$ 300,00
16	Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino	R\$ 300,00
17	Tomografia Ouvido Médio/Mastóide	R\$ 300,00
18	Angiotomografia Coranárias	R\$ 2.120,00
19	Urotomografia	R\$ 430,00
20	Segmento Adicional da Coluna	R\$ 60,00
21	Tomografia com sedação	R\$ 952,00
22	Contraste	R\$ 120,00





07	Tomografia de Articulação de Membro Inferior	R\$ 180,00
08	Tomografia de Articulação de Membro Superior	R\$ 180,00
09	Tomografia Pescoço	R\$ 180,00
10	Tomografia Seios da Face/Seios da Face/Articulações Têmporo-mandibulares	R\$ 150,00
11	Tomografia Abdômen Superior	R\$ 180,00
12	Tomografia Pelve/Bacia/Abdomên Inferior	R\$ 180,00
13	Tomografia Abdômen Total	R\$ 360,00
14	Tomografia Sela Túrsica/Órbita	R\$ 180,00
15	Tomografia Tórax	R\$ 180,00
16	Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino	R\$ 180,00
17	Urotomografia	R\$ 360,00
18	Segmento Adicional da Coluna	R\$ 50,00
19	Contraste	R\$ 60,00

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Ressonância Tórax	R\$ 450,00
02	Ressonância Abdômen Superior	R\$ 450,00
03	Ressonância Bacia/Pelve/Abdômen Inferior	R\$ 450,00
04	Ressonância Abdômen Total	R\$ 790,00
05	Ressonância Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 400,00
06	Ressonância Membro Superior (Unilateral)	R\$ 400,00
07	Ressonância Vias Biliares-colangiorressonância	R\$ 450,00
08	Ressonância Miocárdica	R\$ 450,00
09	Ressonância Articulação Têmporo-mandibular (Bilateral)	R\$ 400,00
10	Ressonância Coluna Cervical/Pescoço	R\$ 400,00

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	(Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções)	R\$ 408,52
02	(Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)	R\$ 383,07

## EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM MEDICINA NUCLEAR - CINTILOGRAFIA

11	Ressonância Coluna Lombo-sacra	R\$ 400,00
12	Ressonância Coluna Torácica	R\$ 400,00
13	Ressonância Crânio	R\$ 400,00
14	Ressonância Sela Turca	R\$ 400,00
15	Ressonância Coração/Aorta c/ cine	R\$ 450,00
16	Ressonância Coxa	R\$ 400,00
17	Ressonância Face	R\$ 400,00
18	Ressonância Joelho (Unilateral)	R\$ 400,00
19	Ressonância Mama (Unilateral)	R\$ 400,00
20	Ressonância Mastoide	R\$ 400,00
21	Ressonância Ombro	R\$ 400,00
22	Ressonância Orbitas	R\$ 400,00
23	Ressonância Pé	R\$ 400,00
24	Ressonância Plexo Braquial	R\$ 450,00
25	Ressonância Próstata	R\$ 450,00
26	Ressonância Multiparamétrica de Próstata	R\$ 400,00
27	Ressonância Articulação	R\$ 400,00
28	Angioressonância Cerebral	R\$ 450,00
29	Ressonância Bacia	R\$ 400,00
30	Contraste para Ressonância	R\$ 50,00





03	Cintilografia de Miocárdio p/ Localização de Necrose (Mínimo 3 Projeções )	R\$ 166,47
04	Cintilografia p/ Quantificação de Shunt Extracárdiaco	R\$ 142,57
05	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Esforço	R\$ 214,85
06	Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia)	R\$ 176,72
07	Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional	R\$ 123,93
08	Cintilografia de Fígado e Baco (Mínimo 5 Imagens)	R\$ 133,26
09	Cintilografia de Fígado e Vias Biliares	R\$ 187,93
10	Cintilografia de Glândulas Salivares c/ ou S/ Estímulo	R\$ 87,89
11	Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Esofágico (Líquido)	R\$ 135,38
12	Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Esofágico (Semi-Sólido)	R\$ 135,38
13	Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Gástrico	R\$ 144,22
14	Cintilografia p/ Pesquisa de Diverticulose de Meckel	R\$ 114,86
15	Cintilografia p/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa	R\$ 157,23
16	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa	R\$ 310,82
17	Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro- Esofágico	R\$ 135,38
18	Imuno-Cintilografia (Anticorpo Monoclonal)	R\$ 1.103,26
19	Cintilografia de Paratireóides	R\$ 324,54
20	Cintilografia de Tireóide c/ ou s/ Captação	R\$ 77,28
21	Cintilografia de Tireóide c/ Teste de Supressão/Estímulo	R\$ 107,30
22	Cintilografia p/ Pesquisa do Corpo Inteiro	R\$ 338,70
23	Teste do Perclorato c/ Radioisotopo	R\$ 107,40
24	Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	R\$ 108,94
25	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa)	R\$ 133,03
26	Cistocintilografia Direta	R\$ 122,97
27	Cistocintilografia Indireta	R\$ 144,50

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Densitometria óssea	R\$ 120,00
02	Mamografia digital Bilateral	R\$ 90,00

## DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA

28	Determinação de Filtração Glomerular	R\$ 63,22
29	Determinação de Fluxo Plasmático Renal	R\$ 63,22
30	Estudo Renal Dinâmico c/ ou s/ Diurético	R\$ 165,24
31	Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	R\$ 180,32
32	Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguíneo	R\$ 190,99
33	Cisternociintilografia (Incluindo Pesquisa e/ou Avaliação do Trânsito Liquórico)	R\$ 205,34
34	Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral	R\$ 119,16
35	Cintilografia de Pulmão por Inalação (Mínimo 2 Projeções)	R\$ 128,12
36	Cintilografia de Pulmão por Perfusão (Mínimo 2 Projeções)	R\$ 130,50
37	Cintilografia de Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Óssea)	R\$ 112,61
38	Demonstração de Sequestro de Hemácias pelo Baco (c/ Radioisótopos)	R\$ 97,37
39	Determinação de Sobrevida de Hemácias (c/ Radioisótopos)	R\$ 54,36
40	Linfocintilografia	R\$ 141,33
41	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia)	R\$ 66,23
42	Cintilografia de Mama (Bilateral)	R\$ 289,43
43	Tratamento Hipertireoidismo Graves	R\$ 714,00
44	Tratamento Hipertireoidismo Plummer	R\$ 845,00
45	Iodoterapia com 50mci (Ambulatorial) Graves	R\$ 1.200,00
46	Cintilografia de Corpo Inteiro c/ Galio 67 p/ Pesquisa de Neoplasias	R\$ 2.200,00





### MATERIAIS PARA FINS DIAGNÓSTICOS – ANÁLISE

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora	R\$ 15,00
02	Biópsia (cada região)	R\$ 70,00
03	Biópsia - Peça Cirúrgica (cada região)	R\$ 70,00
04	Análise de Punção (PAAF) – Cada região – Coleta com mais de 5 (cinco) lâminas o valor será dobrado, ou seja 140,00	R\$ 70,00
05	Biópsia Próstata (até seis frascos)	R\$ 180,00
06	Histerectomia Parcial (Útero e Colo)	R\$ 140,00
07	Histerectomia Total (Útero, Colo e Anexos- trompas e ovários).	R\$ 330,00

### COLETA E ANÁLISE

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Biópsia hepática guiada por Ultrassom + ultrassom de abdômen superior	R\$ 8.140,00
02	Biópsia de Medula Óssea	R\$ 635,00

### EXAMES/CIRURGIAS UROLÓGICAS

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Litotripsia	R\$ 1.500,00
02	Litotripsia + implante de cateter Duplo J (valor já contempla a retirada do Duplo J)	R\$ 2.500,00
03	Ureterorrenolitotripsia Flexível + implante de Duplo J (valor já contempla a retirada do Duplo J)	R\$ 5.000,00
04	Ureterorrenolitotripsia Rígida + implante de Duplo J (valor já contempla a retirada do Duplo J)	R\$ 4.500,00
05	Troca de cateter Duplo J	R\$ 1.700,00
06	Uretrocistografia Miccional	R\$145,00
07	Estudo Urodinâmico	R\$ 270,00
08	Ultrassonografia de Próstata com Biópsia Transretal (Coleta e Análise)	R\$ 720,00

2

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Cirurgia Eletiva Angiologia	03 Tabelas SIGTAP
02	Cirurgia Eletiva Geral	02 Tabelas SIGTAP
03	Cirurgia Eletiva Ortopédica	03 Tabelas SIGTAP
04	Cirurgia Eletiva Ginecológica	03 Tabelas SIGTAP
05	Cirurgia Eletiva Urológica	03 Tabelas SIGTAP

**CIRURGIAS ELETIVAS  
(COMPLEMENTO)**

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Cirurgia Eletiva Angiologia	04 Tabelas SIGTAP
02	Cirurgia Eletiva Geral	03 Tabelas SIGTAP
03	Cirurgia Eletiva Ortopédica	04 Tabelas SIGTAP
04	Cirurgia Eletiva Ginecológica	04 Tabelas SIGTAP
05	Cirurgia Eletiva Urológica	04 Tabelas SIGTAP
06	Cirurgia Eletiva Otorrino (Adenoidectomia, Amigdalectomia, Adenoamigdalectomia)	R\$ 1.950,00
07	Cirurgia Eletiva Otorrino (Septoplastia, Turbinectomia)	R\$ 1.950,00
08	Cirurgia Eletiva Ambulatorial	R\$ 200,00

**CIRURGIAS ELETIVAS  
(INTEGRAL)**

ITEM	Tipo de Especialidade	Valor Unitário
01	Gasometria	R\$ 15,50
02	Teste de Suor	R\$ 150,00
03	Aminiocente com Cariótipo Fetal	R\$ 500,00
04	Exame Toxológico	132,00

**EXAMES LABORATORIAIS**







06	Cirurgia Eletiva Otorrino (Adenoidectomia, Amigdalectomia, Adenoamigdalectomia)	R\$ 1.950,00
07	Cirurgia Eletiva Otorrino (Septoplastia, Turbinectomia)	R\$ 1.950,00

\* A quantidade mensal é estimada, podendo o município agendar a maior ou a menor a quantidade mensal dos respectivos serviços, observando a quantidade total anual.

\*\* O valor a ser pago pelo CONTRANTE observará o cronograma estimado de desembolso, a depender dos serviços ofertados.

\*\*\* O valor total dos serviços corresponde ao valor das consultas/exames previstos no Planejamento enviado pelo CONTRATANTE.

Dom Joaquim – MG, 03 de janeiro de 2022.

**GERALDO ADILSON GONÇALVES**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**MUNICÍPIO DE GUANHÃES/CONTRATANTE**

**CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**  
**PRESIDENTE DO CISCEN/CONTRATADO**

**Testemunhas:**

Nome: Mirice Oliveira RG MG-16.209.535

Nome: Selmira Ap. Batista Maciel RG MG-15.040.854



ANEXO II

1. Da especificação dos serviços, do indicador físico e dos valores fixo e Variável.

ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Unidade de medida.	Valor fixo do serviço*		Valor variável do serviço**
		Indicador Físico	Valor unitário mensal	
Gerenciamento e manutenção do transporte em Ambulância Tipo Simples e Ambulância Tipo Adulto e Neonatal aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS em alto risco durante as transferências hospitalares dentro e fora do Município contratante, garantindo aos usuários, melhores condições no deslocamento para atendimentos médicos adequados em hospitais referência.	Serviços/KM	R\$2.000,00	R\$24.000,00	→ R\$11,50 (onze e cinquenta) por quilometro rodado quando da utilização da Ambulância Tipo D, UTI Móvel, Adulto e Neonatal aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS em alto risco durante as transferências hospitalares fora do Município, sede do CONTRATADO.

\* O valor fixo é devido independente da utilização da Ambulância Tipo D UTI Móvel, Adulto e Neonatal e Ambulância Tipo Simples;



Dom Joaquim – MG, 03 de janeiro de 2022.

**GERALDO ADILSON GONÇALVES**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**MUNICÍPIO DE GUANHÃES/CONTRATANTE**

**CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**  
**PRESIDENTE DO CISCEN/CONTRATADO**

**Testemunhas:**

Nome: Marcia Oliveira RG MG-16-20P-535

Nome: Selma Ap. Batista Maciel RG MG-15.040-854

Nome: Maria Oliveira RG MG.16.007535

Nome: Adilson Gonçalves RG MG.15.040.854

Testemunhas:

**CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**  
PRESIDENTE DO CISCEN/CONTRATADO

**GERALDO ADILSON GONÇALVES**  
PREFEITO MUNICIPAL  
MUNICÍPIO DE GUANHÃES/CONTRATANTE

Dom Joaquim - MG, 03 de janeiro de 2022.

DESCRIÇÃO	QTD	UNID.	VALOR UNIT.
CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇO DE COLETA/DESCARTE MENSAL DE LIXO HOSPITALAR/INFECTANTE COM ELEVADO GRAU DE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA PROVENIENTE DOS SETORES MÉDICO E ODONTOLÓGICO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E DA SEDE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO NORTE - CISCEN	700/MÊS 8.400/ANUAL	KG	6,94

1. Da especificação dos serviços, do indicador físico e dos valores fixo e Variável. COLETA DE LIXO HOSPITALAR

ANEXO III





ANEXO IV

1. Da especificação dos serviços, do indicador físico e dos valores fixo e Variável.  
**CASA DE APOIO**

DESCRIÇÃO	QTD	UNID.	VALOR UNIT.
Serviços de Casa de Apoio a Pacientes em tratamentos de saúde em Belo Horizonte/MG	12.000	Diária	R\$ 41,80
Serviços de Casa de Apoio a Pacientes em tratamentos de saúde em Belo Horizonte/MG	12.000	Pernoite	R\$ 49,50

\* Nos termos estimado no Contrato, os valores serão pagos de acordo com as estimativas solicitadas junto ao Consórcio – CISCEN.

Dom Joaquim – MG, 03 de janeiro de 2022.

**GERALDO ADILSON GONÇALVES**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**MUNICÍPIO DE GUANHÃES/CONTRATANTE**

**CARLOS ROBERTO BARROSO MOURÃO**  
**PRESIDENTE DO CISCEN/CONTRATADO**

**Testemunhas:**

Nome: Márcia Oliveira RG MG 16.207.535

Nome: Selma AP. Batista maciel RG MG 15.040.854

