

**EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. 008/2025**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 8890/2026**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**  
**EM SAÚDE EXERCÍCIO DE 2026**

## **1. PREÂMBULO**

**1.1.** A Prefeitura Municipal de Campinorte, Estado de Goiás, por intermédio do **Fundo Municipal de Saúde**, inscrito no CNPJ 11.276.589/0001-71, torna público, para conhecimento dos interessados, que promoverá Chamamento Público visando ao **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS E EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE E EXAMES** para o Sistema Municipal de Saúde. O objetivo é atender à população conforme pactuação firmada com o Sistema Único de Saúde (SUS), observando as disposições da Lei Federal nº 14.133/2021, das Instruções Normativas nº 007/16 e nº 001/17 do Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás (TCM/GO), bem como as regras estabelecidas neste Edital de Chamamento.

**1.2. Local, Data e Horário:** A abertura do credenciamento ocorrerá no dia 05 de dezembro de 2025, e os interessados poderão apresentar a documentação exigida a partir dessa data. O prazo de recebimento dos documentos seguirá até o encerramento do edital em 31 de dezembro de 2027. Os documentos deverão ser protocolados na sede da Prefeitura Municipal de Campinorte, localizada na Praça Cristóvão Colombo, s/n, Centro, Campinorte - GO, de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h.

### **1.3. Abertura dos Envelopes e Divulgação dos Resultados:**

**1.3.1.** Os envelopes contendo a documentação serão abertos no dia 12 de dezembro de 2025, em sessão pública realizada no endereço da sede da Prefeitura Municipal de Campinorte.

**1.3.2.** No dia 17 de dezembro de 2025, será publicada a lista dos profissionais e empresas habilitados, conforme ordem cronológica de credenciamento e que apresentarem a documentação completa e correta.

**1.3.3.** Caso alguma documentação esteja incorreta ou incompleta, o interessado poderá reapresentá-la para credenciamento em uma nova data, respeitando as condições e exigências deste edital.

**1.4. Contratação de Novos Profissionais e empresas:** Durante a vigência deste edital, novos profissionais de saúde poderão ser contratados, conforme necessidade, disponibilidade financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde de Campinorte, e mediante aprovação do Conselho Municipal de Saúde, desde que atendam a todas as exigências estabelecidas.

## **2. DO OBJETO**

**2.1.** Ao Município incumbe a missão constitucional de promover a saúde e garantir o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS constitui uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, fundamentada na descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Em função do princípio da descentralização, cabe aos municípios a maior parte das responsabilidades no âmbito do SUS, com apoio técnico e financeiro da União e dos Estados.

**2.2.** Dessa forma, cabe ao gestor municipal de saúde realizar o levantamento das disponibilidades físicas, financeiras e humanas da rede pública sob sua gestão, assegurando a universalidade e integralidade do acesso da população própria e referenciada aos serviços de saúde, conforme a demanda existente. Esse objetivo poderá ser alcançado tanto por meio de ações próprias quanto mediante colaboração de terceiros, no cumprimento desse mandamento constitucional.

Considerando a falta de profissionais de saúde, impõe-se ao gestor público o dever de agir com rapidez e eficiência para suprir essas necessidades e, principalmente, atender ao disposto no texto constitucional, conforme o artigo 196 da Constituição Federal, que estabelece:

***Artigo 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

**2.3.** O objeto deste Edital é estabelecer as normas e regras para o cadastramento e posterior contratação e/ou credenciamento de pessoas físicas e jurídicas para a prestação de serviços na área de saúde, conforme aprovação do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a Resolução nº 22/2025, 30 de outubro de 2025, e no exercício das competências atribuídas pela Lei Municipal nº 642, de 22 de março de 2021. O período de contratação será de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do Termo de Contratação, podendo ser renovado por mais 12 (doze) meses, resguardado o interesse público e observado o limite estabelecido pela Lei Federal nº 14.133/21, incluindo os seguintes profissionais e exames laboratoriais e de imagiologia:

Itens	Profissional	Quant. Vaga	Vagas reserva	Qtd. Hora Trabalhada Semanal	Valor Por Hora
1	Auxiliar Em Saúde Bucal	5	2	40 horas	R\$ 10,9375
2	Assistente Social	1	1	30 horas	R\$ 29,1667
3	Cirurgião Dentista	5	2	40 horas	R\$ 24,0938
4	Educador Físico	2	1	40 horas	R\$ 15,6250
5	Enfermeiro	10	5	40 horas	R\$ 18,7500
6	Farmacêutico	2	2	40 horas	R\$ 25,0000
7	Fisioterapeuta 20 horas	3	2	20 horas	R\$ 28,7500
8	Fisioterapeuta 40 horas	1	2	40 horas	R\$ 25,0000
9	Fonoaudiólogo 20 horas	1	2	20 horas	R\$ 31,2500
10	Fonoaudiólogo 30 horas	1	2	30 horas	R\$ 37,5000
11	Instrutor de Artesanato	1	1	30 horas	R\$ 14,5834
12	Médico Clínico Geral	2	2	40 horas	R\$ 100,0000
13	Médico Esp. Psiquiatria	1	2	30 horas	R\$ 83,3334
14	Neuropsicólogo	1	1	20 horas	R\$ 50,0000
15	Nutricionista	1	2	20 horas	R\$ 28,7500
16	Psicólogo 40 horas	1	2	40 horas	R\$ 28,1250
17	Psicólogo 20 horas	1	2	20 horas	R\$ 38,7500
18	Socorrista	6	4	40 horas	R\$ 18,7500
19	Técnico em Enfermagem	19	6	40 horas	R\$ 10,9375

20	Técnico em Enfermagem com curso de APH	5	2	40 horas	R\$ 10,9375
21	Terapeuta Ocupacional	1	2	20 horas	R\$ 37,5000
22	Técnico Radiologia	2	2	24 horas	R\$ 21,8750

## PLANTÕES

Profissional	Quantidade de Plantão	Horas Plantão	Valor do Plantão	Valor Total do Plantão
Médico Plantonista (Clínico Geral)	550	24 horas	R\$ 2.500,00	<b>R\$ 1.375.000,00</b>
Técnico em Enfermagem	800	12 horas	R\$ 100,00	<b>R\$ 80.000,00</b>
Enfermeiro	800	12 horas	R\$ 150,00	<b>R\$ 120.000,00</b>
Socorrista	800	12 horas	R\$ 100,00	<b>R\$ 80.000,00</b>

## EXAMES

Exames	Quantidade	Valor Total
Laboratório de Análise Clínicas	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 3.688.814,00
Clinicas para Exames de ultrassonografia	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 910.800,00
Exames realizados por profissional na sede da Secretaria Municipal de Saúde (hospital e centro de saúde), sem necessidade de deslocamento dos pacientes, utilizando o aparelho de ultrassonografia do prestador contratado	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 1.013.400,00
Clinicas para Exames de Tomografia	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 613.200,00
Clinicas para Exames de Radiografia	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 177.600,00
Clinicas para Exames de Ressonâncias	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 1.266.800,00
Clinicas para Exames de Cardiológicos	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 447.500,00
Clinicas para Exames de Neurológico	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 20.700,00
Clinicas para Exames de Densitometria Óssea	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 70.000,00
Clinicas para Exames de Mamografia	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 6.500,00
Clinicas para Exames de Videoendoscopia	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 111.000,00
Clinicas para Exames de Procedimento	Número de exames de acordo com a demanda, valores em anexo	R\$ 15.000,00
<b>Total Exames</b>		<b>R\$ 8.341.314,00</b>

**Nota:** A escolha dos prestadores será definida pelos usuários do SUS.

**2.4.** O valor estimado para custear as referidas contratações é de R\$ 14.657.810,00 (quatorze milhões seiscentos e cinquenta e sete mil oitocentos e dez reais).

**2.5.** O atendimento contempla a execução de todas as atividades e serviços necessários de assistência à saúde devida à população indicadas nas pactuações do SUS e normas pertinentes.

### **3. DOS DOCUMENTOS PARA CADASTRO, CONTRATAÇÃO E/OU CREDENCIAMENTO**

**3.1.** Poderão ser credenciados profissionais de saúde que possuam a documentação necessária para a celebração do Termo de Credenciamento Profissional, bem como pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde.

#### **3.2. Impedimentos para Participação no Credenciamento**

**Não poderão participar do credenciamento:**

- a) Pessoas físicas ou jurídicas que estejam, no momento do credenciamento, impossibilitadas de contratar com a Administração Pública devido a sanções previamente impostas;
- b) Profissionais cuja carga horária seja incompatível com o serviço a ser executado;
- c) Aqueles que mantenham vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigentes do órgão ou entidade contratante, ou com agente público que atue como Agente de Contratação, na fiscalização ou gestão do contrato, ou que possuam grau de parentesco até o terceiro grau com esses agentes, incluindo cônjuges e companheiros, conforme disposto no art. 78, inciso I, da Lei nº 14.133/2021."
- d) Pessoas físicas ou jurídicas que, nos últimos cinco anos, tenham sido condenadas judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, condições análogas às de escravo, ou contratação de adolescentes em situações vedadas pela legislação trabalhista.

#### **3.3. Forma de Apresentação dos Documentos:**

Os documentos deverão ser protocolados em envelope devidamente lacrado e assinado. Na parte externa ou frontal do envelope, devem constar as seguintes informações:

**CREDENCIAMENTO 008/2025 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINORTE**

Nome Credenciado ou Empresa:

CPF ou CNPJ:

Vaga Escolhida:

telefone e Email:

#### **3.4. DA HABILITAÇÃO 6.2.1. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA FÍSICA**

**3.4.1.** Os profissionais interessados deverão, para cadastramento e eventual contratação e/ou credenciamento, apresentar cópias autenticadas dos seguintes documentos ou, alternativamente, cópias simples acompanhadas dos originais para autenticação no ato de entrega:

- a) RG (identidade civil);
- b) CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- c) Inscrição PIS/PASEP

- d) Comprovante de endereço atualizado;
- e) Curriculum vitae devendo constar endereços e telefones atuais;
- f) Declaração de conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Campinorte e tabela de honorários consultas/procedimentos, conforme modelo anexo I;
- g) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- h) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- i) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- j) Certidão Negativa relativo a débitos Trabalhistas (CNDT);
- k) Certidão Negativa de Insolvência Civil;
- l) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- m) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho;
- n) Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria;
- o) Certidão negativa de processo junto a Comissão de Ética do Conselho Regional a qual está submetido;
- p) Declaração de Aceite do edital e de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinorte e tabela de honorários consultas/procedimentos - conforme modelo Anexo III;
- q) Declaração do Menor, conforme preceitua o art. 68, inciso VI da Lei 14.133/2021 – Anexo V;
- r) Proposta de Requerimento conforme item 01 (um) deste Termo de Referência – Anexo II.
- s) Para socorrista: apresentar CNH com categoria mínima "D" e o registro de "Exerce Atividade Remunerada" (EAR). O profissional deverá apresentar curso de qualificação técnica em Suporte Básico de Vida (SBV) e Atendimento Pré-Hospitalar (APH), emitido por instituição reconhecida no Brasil conforme a Lei Federal nº 9.394/96. Apresentar também curso de qualificação técnica em "Condução de Veículos de Emergência" conforme Artigo 145 do CTB e Resolução CONTRAN nº 168/2014, emitido por instituição com validade junto ao DETRAN.

### **3.5 PRESTADOR DE SERVIÇOS – PESSOA JURÍDICA - HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

**3.5.1** No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

**3.5.2.** Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

**3.5.3.** Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

**3.5.4.** Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020.

**3.5.5.** Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

**3.5.6.** Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das



Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz

**3.5.6.** Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971.

**3.5.7.** Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

### **3.6. HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA:**

**3.6.1.** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) ou no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), conforme o caso;

**3.6.2.** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

**3.6.3.** Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

**3.6.4.** Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

**3.6.5.** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452/1943;

**3.6.6.** Prova de regularidade junto à Fazenda Estadual, através da Certidão Negativa conjunta junto aos Tributos Estaduais, emitida pela Secretaria da Fazenda Estadual onde a empresa for sediada;

**3.6.7.** Prova de regularidade junto à Fazenda Municipal, através da Certidão Negativa junto aos Tributos Municipais, emitida pela Secretaria da Fazenda Municipal onde a empresa for sediada;

**3.6.8.** Caso o licitante detentor do menor preço seja qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.

### **3.7. HABILITAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA.**

**3.7.1.** Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II);

**3.7.2.** No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente, na forma do art. 58, da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.

### **3.8. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA OS PRESTADORES PESSOA JURÍDICA.**

**3.8.1.** Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;

- 3.8.2.** Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- 3.8.3.** Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- 3.8.4.** Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria;
- 3.8.5.** Certidão negativa de processo junto a Comissão de Ética do Conselho Regional a qual está submetido;
- 3.8.6.** Atualização do CNES de acordo com a Portaria SAS 134 de 05 de abril de 2011, junto a Secretaria Municipal de Saúde deste município; fica dispensado para empresas que prestarem os atendimentos nas unidades de Saúde pertencentes ao município;
- 3.8.7.** Alvará Vigilância Sanitária; fica dispensado para empresas que prestarem os atendimentos nas unidades de Saúde pertencentes ao município;
- 3.8.8.** Declaração de Entidade Filantrópica, se for o caso.
- 3.8.9.** O prestador de serviço disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

### **3.9. DECLARAÇÕES**

- 3.9.1.** Declaração de Aceite do edital e de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinorte e tabela de honorários consultas/procedimentos - conforme modelo ANEXO III;
- 3.9.2.** Declaração de que a empresa não utiliza mão-de-obra direta ou indireta de menores, conforme disposto no art. 68, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021 e no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, não utiliza mão de obra direta ou indireta de menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, conforme modelo anexo a este Edital;
- 3.9.3.** Declaração de que a empresa para todos os fins legais, e em especial em atendimento ao art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoas com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, conforme modelo anexo a este Edital;
- 3.9.4.** Declaração de que a empresa para todos os fins legais, em especial em atendimento ao art. 4º da Lei Federal nº 14.133/2021, que cumpre os requisitos legais para o enquadramento como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, estando apta a usufruir o tratamento favorecido assegurado em lei, conforme modelo anexo a este Edital
- 3.9.5.** Declaração de Inexistência de Servidor Público, conforme modelo anexo a este Edital
- Declaração de Disponibilidade de Equipe Técnica e Condições para a Execução do Contrato;**

## **4. DO CADASTRAMENTO**

- 4.1.** O cadastramento deverá ser feito mediante solicitação por escrito, conforme modelo do anexo I, no endereço e horário estabelecido no item 1.2 do presente Edital, contendo a identificação do proponente, a função que pretende se inscrever e todos os documentos descritos.

**4.2.** Os interessados em participar do credenciamento serão classificados pela ordem de solicitação, conforme a ordem cronológica de protocolo.

**4.3.** A Administração pública convocará os credenciados para assinatura do Contrato de Credenciamento pela ordem de Classificação, conforme preenchidos as vagas para demanda atual e posteriormente ao surgirem novas demanda da Administração Pública.

**4.4.** Os Credenciados celebrarão Contrato de Credenciamento com o Município, no qual estarão estipulados os direitos e obrigações decorrentes do credenciamento, que se encontram regidos pelas normas e condições gerais do edital.

**4.5.** O período de protocolo junto à prefeitura se dará entre as 7h00min às 11h00min e 13h00min às 17h00min, no departamento de protocolo da Prefeitura Municipal de Campinorte, que posteriormente, serão encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde para que o Agente de Contratação proceda com a análise da documentação, considerando a ordem crescente de inscrição. Os demais requerentes que se habilitarem farão parte de reserva técnica.

**4.6.** A Classificação será publicada no sítio oficial da Prefeitura Municipal de Campinorte.

**4.7.** O Chamamento dos Cadastrados para assinatura do contrato ocorrerá por publicação no sítio oficial da Prefeitura Municipal de Campinorte e pelos meios de contatos inserido pelo cadastrado na sua Solicitação. Sendo de responsabilidade do Cadastrado informar a Secretaria Municipal de Saúde caso haja alteração nos meios de contatos.

## **5. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

**5.1.** O objeto deste Edital terá seu custo coberto com os recursos provenientes da Lei Orçamentária Anual do exercício de 2026.

Dotação orçamentaria: 05.01.10.302.0071.2.053.3.3.90.34 - Ficha: 351.

Dotação orçamentaria: 05.01.10.302.0071.2.053.3.3.90.39 - Ficha: 354.

## **6. DAS NORMAS DE CONTRATAÇÃO OU CREDENCIAMENTO**

**6.1.** Na assinatura do Contrato de Credenciamento, conforme modelo constante no Anexo VII – MINUTAS DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO, o proponente deverá apresentar toda a documentação prevista no item 3.3 e 3.5 se for o caso.

**6.2.** Os requisitos de contratação, as atribuições genéricas e as vagas são as constantes acima e tabelas de exames no ANEXO VI, aprovado no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

**6.3.** A Administração convocará os profissionais cadastrados no presente Edital, para assinarem os contratos de credenciamento, no prazo de até 10 (dez) dias, por conta do recesso de fim de ano os contratos começaram a ser assinados a partir do dia 5 (dois) de janeiro de 2026, pós recesso continua os 10 (dez) dias.

**6.4.** É permitida a identificação e assinatura digital por pessoa física ou jurídica em meio eletrônico, mediante certificado digital emitido em âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil).



## **6.5. O contrato poderá ser rescindido:**

**6.5.1.** Por ato unilateral da Administração, nos casos enumerados nas alíneas a, b, c e d, formalmente motivados em autos de processo, em que se assegurara ao credenciado, o contraditório e a ampla defesa:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- b) Desatendimento as determinações regulares da Secretaria Municipal de Saúde, destinadas a regulamentação e desenvolvimento dos serviços profissionais credenciados;
- c) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo Prefeito Municipal, exaradas em processo administrativo;
- d) A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato:

**6.5.2.** Em qualquer época, por acordo entre as partes, reduzido a termo no processo de credenciamento, desde que haja conveniência para a Administração;

**6.5.3.** Será admitida a rescisão pelo Credenciado desde que comunicado a Administração Pública no prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência; e,

**6.5.4.** Judicial, nos termos da legislação civil pátria.

**6.6.** O valor global de cada contrato ficará limitado aos montantes aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

## **7. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

**7.1.** Os profissionais serão remunerados por serviços prestados e nos valores e condições postas no Anexo X - QUADRO DA GRADE DOS EXAMES DE SAÚDE, aprovado no Conselho Municipal de Saúde (CMS), através da Resolução nº 22/2025, 30 de outubro de 2025, na condição de profissional autônomo, não configurando qualquer forma ou modalidade de vínculo empregatício.

**7.2.** Os preços contratados somente poderão ser alterados após 12 (doze) meses de vigência destes, sendo reajustados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC.

## **8. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**8.1.** O profissional que, depois de credenciado, não cumprir com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficará sujeito as sanções previstas no artigo 156 da Lei Federal nº 14.133/2021, abaixo:

I - advertência;

II - multa;

III - impedimento de licitar e contratar;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

**8.1.1.** Na aplicação das sanções serão considerados:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;

II - as peculiaridades do caso concreto;

III - as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV - os danos que dela provierem para a Administração Pública;

V - a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

**8.2.** A sanção prevista no inciso I do caput deste artigo será aplicada exclusivamente pela infração administrativa prevista no inciso I do caput do art. 155 desta Lei, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.

**8.3.** A sanção prevista no inciso II do caput deste artigo, calculada na forma do edital ou do contrato, não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato licitado ou celebrado com contratação direta e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 desta Lei.

**8.4.** A sanção prevista no inciso III do caput deste artigo será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do art. 155 desta Lei, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

**8.5.** A sanção prevista no inciso IV do caput deste artigo será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nos incisos VIII, IX, X, XI e XII do caput do art. 155 desta Lei, bem como pelas infrações administrativas previstas nos incisos II, III, IV, V, VI e VII do caput do referido artigo que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no § 4º deste artigo, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

**8.6.** A sanção estabelecida no inciso IV do caput deste artigo será precedida de análise jurídica e observará as seguintes regras:

I - quando aplicada por órgão do Poder Executivo, será de competência exclusiva de ministro de Estado, de secretário estadual ou de secretário municipal e, quando aplicada por autarquia ou fundação, será de competência exclusiva da autoridade máxima da entidade;

II - quando aplicada por órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública no desempenho da função administrativa, será de competência exclusiva de autoridade de nível hierárquico equivalente às autoridades referidas no inciso I deste parágrafo, na forma de regulamento.

**8.7.** As sanções previstas nos incisos I, III e IV do caput deste artigo poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista no inciso II do caput deste artigo.

**8.8.** Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente.

**8.9.** A aplicação das sanções previstas no caput deste artigo não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

## **9. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**9.1.** Por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, poderá o Prefeito Municipal revogar o presente procedimento de credenciamento. Poderá, ainda, a referida autoridade anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

**9.2.** A anulação do presente credenciamento, por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar. A referida nulidade induz a do Contrato de Credenciamento.

**9.3.** Os casos omissos serão resolvidos pela Agente de Contratação, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, com base nas normas jurídicas e administrativas e nos princípios gerais do direito.

**9.4.** A CCA e a Secretaria Municipal de Saúde permanecerão à disposição dos interessados durante a vigência deste Edital para prestar esclarecimentos a respeito dele.

**9.5.** Integram este Edital, os seguintes anexos:

**ANEXO I** – Termo De Referência;

**ANEXO II – A** – Modelo de Formulário de Inscrição para Credenciamento – Pessoa Física;

**ANEXO II – B** – Modelo de Formulário de Inscrição para Credenciamento – Pessoa Jurídica;

**ANEXO III** – Declaração de Aceite as Condição Estabelecidas no Edital;

**ANEXO IV** – Modelo de Declaração de Fatos Impeditivos – Pessoa Jurídica;

**ANEXO IV – 1** – Modelo de Declaração de Fatos Impeditivos – Pessoa Física;

**ANEXO V** – Modelo de Declaração de não Utiliza Mão de Obra Direta ou Indireta de Menores de 18 Anos – Pessoa Jurídica;

**ANEXO V – 1** – Modelo de Declaração de não Utiliza Mão de Obra Direta ou Indireta de Menores de 18 Anos – Pessoa Jurídica;

**ANEXO VI** – Atendimento da Proposta de Preços;

**ANEXO VII** – Trabalho Análogo a Escravidão – Pessoa Jurídica;

**ANEXO VIII** – Reserva de Cargos para Pessoas com Deficiência e para Reabilitado da Previdência Social – Pessoa Jurídica;

**ANEXO VX** – Enquadramento como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte – Pessoa Jurídica.

**ANEXO X** – Quadro da Grade dos Exames de Saúde

**ANEXO XI** – Minuta Termo de Contrato

Campinorte (GO), aos 17 dias do mês de novembro de 2025.

**JOYCE KELLE RODRIGUES NONATO**  
**Secretária Municipal de Saúde**

**ANEXO II - A**

**(PESSOA FÍSICA)**

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO N. 008/2025**

<b>NOME</b>			
<b>CRº</b>		<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>CPF</b>		<b>RG</b>	
<b>NATURALIDADE</b>		<b>NACIONALIDADE</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>CEP</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>CIDADE</b>		<b>TELEFONE</b>	
<b>EMAIL</b>			
<b>PIS/PASEP</b>			

Apresento requerimento junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campinorte (GO), com base nas informações contidas no Edital de Chamamento de Credenciamento n° 008/2025, para o meu credenciamento para prestação de serviços na função de \_\_\_\_\_

\_, conforme documentação anexa.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviço profissional pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Declaro, também, que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de 01 (um) ano.

Declaro, ainda, que estou de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do edital de Credenciamento n° 008/2025.

Declaro ainda que as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;

Declaro que qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;

Declaro que conhece os termos do Edital de Credenciamento, bem assim das informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;

Declaro que está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;

Declaro que não se encontra suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;

Declaro que não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;

Declaro que os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com a experiência, a capacidade instalada, a infraestrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;

Declaro que realizará todas os serviços a que se propõe.

Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Interessado

**OBSERVAÇÃO:** A presente solicitação deve ser entregue juntamente com a documentação exigida no Edital de Chamamento Público e as informações nela fornecidas constarão do Cadastro do Prestador, como base de dados para a expedição de guias/autorizações em nome do credenciado.



**ANEXO II - B**

**(PESSOA JURÍDICA)**

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO N. 008/2025**

<b>NOME</b>			
<b>CNPJ</b>		<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>	
<b>TELEFONE</b>		<b>EMAIL</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>NOME DO SÓCIO DIRETOR</b>			
<b>PROFISSÃO</b>		<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	
<b>CPF</b>		<b>RG</b>	
<b>NATURALIDADE</b>		<b>NACIONALIDADE</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>CEP</b>	
<b>ENDEREÇO</b>			
<b>CIDADE</b>		<b>TELEFONE</b>	
<b>EMAIL</b>			
<b>ATIVIDADE DA EMPRESA</b>			

Apresento requerimento junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campinorte (GO), com base nas informações contidas no edital de chamamento de credenciamento nº 008/2025, para o meu credenciamento para prestação de serviços nas atividades de: \_\_\_\_\_, para atendimento de pacientes no endereço (se não for nas unidades de saúde ou no hospital municipal) \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ - GO, nas condições pactuadas no SUS.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviço profissional pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Declaro, também, que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de 01 (um) ano.

Declaro, ainda, que estou de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do edital de Credenciamento nº 008/2025.

Declaro ainda que as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;

Declaro que qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;

Declaro que conhece os termos do Edital de Credenciamento, bem assim das informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;

Declaro que está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;

Declaro que não se encontra suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;

Declaro que não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;

Declara que os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com a experiência, a capacidade instalada, a infraestrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;

Declara que realizará todas os serviços a que se propõe.

Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento

---

Assinatura do Interessado

**OBSERVAÇÃO:** A presente solicitação deve ser entregue juntamente com a documentação exigida no Edital de Chamamento Público e as informações nela fornecidas constarão do Cadastro do Prestador, como base de dados para a expedição de guias/autorizações em nome do credenciado.

### ANEXO III

#### **DECLARAÇÃO DE ACEITE AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE EDITAL À PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINORTE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ref.: Edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/2025

\_\_\_\_\_, de acordo com o edital de Credenciamento nº \_\_\_\_/2025, DECLARA que:

- a) Aceita as condições estabelecidas neste Edital;
  - b) Tem pleno conhecimento da Tabela de valores do Conselho Municipal de Saúde de Campinorte - GO;
  - c) Fornecerá a documentação complementar que lhe for solicitada;
  - d) Assume inteira responsabilidade pela prestação dos serviços e se sujeita a todas as condições do presente Edital;
  - e) Responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e proposta que apresentar;
- Campinorte - GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável/Carimbo

## ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS – PESSOA JURÍDICA

A

Prefeitura Municipal de Campinorte

Objeto: Credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de Campinorte, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos).

Att. – Ao Agente de Contratação.

### CREDENCIAMENTO Nº 008/2025

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP] no uso de suas atribuições legais, vem:

**DECLARAR**, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no credenciamento citado, que não foi declarada inidônea e não está impedida de contratar com o Poder Público de qualquer esfera, ou suspensão de contratar com a Administração, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

## ANEXO IV.1 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS –PESSOA FÍSICA

A

*Prefeitura Municipal de Campinorte*

Objeto: Credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de Campinorte, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos).

Att. – Ao Agente de Contratação.

### **CREDENCIAMENTO Nº 008/2025**

[NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], vem: DECLARAR, para fins de participação no processo de credenciamento em pauta, sob as penas da Lei, que inexistente qualquer fato impeditivo à sua participação no credenciamento citado, e que se compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

XXX, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

NOME COMPLETO

CPF



## **V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZA MÃO DE OBRA DIRETA OU INDIRETA DE MENORES DE 18 ANOS – PESSOA JURIDICA**

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], DECLARA, para todos os fins legais, que, em atendimento e ao disposto no art. 68, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021 e no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, não utiliza mão de obra direta ou indireta de menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

**DECLARA** ainda que está plenamente ciente do teor e da extensão desta Declaração, bem como detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

## ANEXO VI – ATENDIMENTO DA PROPOSTA DE PREÇOS

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], DECLARA, para todos os fins legais para todos os fins legais e em atendimento ao **CREDENCIAMENTO Nº 00x/2025**, que possui aptidão financeira para a execução do CONTRATO e que a sua PROPOSTA DE PREÇO compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

**DECLARA** ainda que está plenamente ciente do teor e da extensão desta Declaração, bem como detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

## ANEXO VII – TRABALHO ANÁLOGO A ESCRAVIDÃO – PESSOA JURIDICA

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], DECLARA, para todos os fins legais e em atendimento ao CREDENCIAMENTO Nº 008/2025, que a LICITANTE, seu(s) CONTROLADOR(ES) e/ou CONSORCIADO(S) não consta(m) no Cadastro de Empregadores que tenham submetido trabalhadores a condições análogas às de escravo, conforme Portaria Interministerial MTE/ MMIRDH nº 4, de 13 de maio de 2016.

**DECLARA** ainda que está plenamente ciente do teor e da extensão desta Declaração, bem como detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

## **ANEXO VIII – RESERVA DE CARGOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E PARA REABILITADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – PESSOA JURIDICA**

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], DECLARA, em atendimento ao CREDENCIAMENTO Nº 008/2025 e para todos os fins legais, e em especial em atendimento ao art. 63, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021, que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoas com deficiência e para reabilitado da Previdência Social.

Declara ainda que está plenamente ciente do teor e da extensão desta Declaração, bem como detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

## **ANEXO IX – ENQUADRAMENTO COMO MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE – PESSOA JURIDICA**

A empresa [NOME DA EMPRESA], inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº [CNPJ], sediada em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], por meio de seu representante legal, [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL], portador da Carteira de Identidade nº [NUMERAÇÃO, DATA DE EXPEDIÇÃO E ÓRGÃO EMISSOR], e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº [CPF], [NACIONALIDADE DO REPRESENTANTE], [ESTADO CIVIL DO REPRESENTANTE], residente e domiciliado em [ENDEREÇO COMPLETO COM CEP], DECLARA, em atendimento ao CREDENCIAMENTO Nº 008/2025 e para todos os fins legais, em especial em atendimento ao art. 4º da Lei Federal nº 14.133/2021, que cumpre os requisitos legais para o enquadramento como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, estando apta a usufruir o tratamento favorecido assegurado em lei.

Declara ainda que está excluída das vedações constantes do art. 3º, § 4, da Lei Complementar nº 123/2006, e que se compromete a promover a regularização de eventuais defeitos ou restrições existentes na documentação exigida para efeito de regularidade fiscal, caso seja declarada vencedora do certame.

Declara, por fim, que está plenamente ciente do teor e da extensão desta Declaração, bem como detém plenos poderes e informações para firmá-la.

Nada mais havendo a declarar.

**XXX, .....de ..... de 202X.**

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)



## ANEXO X - QUADRO DA GRADE DOS EXAMES DE SAÚDE

### EXAMES LABORATORIAIS

Itens	Quant.	UN.	Descrição	Valor Uni.	Valor Total
1	224	UN	25 OH VITAMINA D3	R\$ 70,00	R\$ 15.680,00
2	268	UN	25-HIDROXIVITAMINA D	R\$ 70,00	R\$ 18.760,00
3	259	UN	Ac ANTI-HIV (EIE)	R\$ 45,00	R\$ 11.655,00
4	249	UN	Ac ANTI-SM	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
5	249	UN	Ac ANTI-SS-A(RO)	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
6	249	UN	Ac ANTI-SS-B(LA)	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
7	240	UN	AC PEROXIDASE	R\$ 27,00	R\$ 6.480,00
8	222	UN	AC. ANTI-PEROXIDASE, TPO	R\$ 28,00	R\$ 6.216,00
9	246	UN	AC. ANTI-TIREOGLOBULINA	R\$ 25,00	R\$ 6.150,00
10	245	UN	AC. HIPURICO	R\$ 25,00	R\$ 6.125,00
11	240	UN	AC. MANDELICO	R\$ 30,00	R\$ 7.200,00
12	244	UN	AC. METILHIPURICO	R\$ 25,00	R\$ 6.100,00
13	254	UN	ACIDO FOLICO	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
14	245	UN	ÁCIDO HIPURICO	R\$ 25,00	R\$ 6.125,00
15	244	UN	ÁCIDO METIL-HIPURICO	R\$ 25,00	R\$ 6.100,00
16	800	UN	ACIDO ÚRICO	R\$ 8,00	R\$ 6.400,00
17	229	UN	ACTH	R\$ 30,00	R\$ 6.870,00
18	229	UN	ACTH - HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO	R\$ 25,00	R\$ 5.725,00
19	249	UN	ALBUMINA.	R\$ 10,00	R\$ 2.490,00
20	248	UN	Aldosterona	R\$ 60,00	R\$ 14.880,00
21	240	UN	ALFA FETOPROTEINA	R\$ 25,00	R\$ 6.000,00
22	258	UN	ALFA-1GLIGOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 10,00	R\$ 2.580,00
23	114	UN	Alfaglicoproteína	R\$ 25,00	R\$ 2.850,00
24	249	UN	Alfa-Hidroxi-Progesteron	R\$ 40,00	R\$ 9.960,00
25	268	UN	AMILASE	R\$ 10,00	R\$ 2.680,00
26	228	UN	ANCA-P / ANCA-C (ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS)	R\$ 75,00	R\$ 17.100,00
27	249	UN	ANDROSTENEDIONA	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
28	250	UN	Anti – DNA	R\$ 30,00	R\$ 7.500,00
29	249	UN	Anti – ENA	R\$ 40,00	R\$ 9.960,00
30	116	UN	Anti - Endomisio IgA	R\$ 100,00	R\$ 11.600,00
31	118	UN	Anti - Fosfolípidos	R\$ 15,00	R\$ 1.770,00
32	119	UN	Anti - Transglutaminase	R\$ 130,00	R\$ 15.470,00
33	250	UN	ANTI CCP - peptídeo citrulinado cíclico	R\$ 60,00	R\$ 15.000,00
34	226	UN	ANTI HBe	R\$ 30,00	R\$ 6.780,00
35	249	UN	ANTIBIOGRAMA	R\$ 35,00	R\$ 8.715,00
36	250	UN	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 40,00	R\$ 10.000,00
37	248	UN	Anti-Fosfolípidos	R\$ 15,00	R\$ 3.720,00
38	254	UN	ANTI-HBC TOTAL - HEPATITE B	R\$ 20,00	R\$ 5.080,00
39	225	UN	ANTI-HBs	R\$ 35,00	R\$ 7.875,00

40	248	UN	Anti-JO1	R\$ 100,00	R\$ 24.800,00
41	249	UN	Anti-RNP	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
42	248	UN	Anti-SCL70	R\$ 80,00	R\$ 19.840,00
43	250	UN	Anti-TPO	R\$ 18,00	R\$ 4.500,00
44	115	UN	Anti-trombina	R\$ 110,00	R\$ 12.650,00
45	255	UN	ASLO	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00
46	224	UN	ASO - ANTI-ESTREPTOLISINA O	R\$ 10,00	R\$ 2.240,00
47	224	UN	ATIVIDADE INFLAMATOR	R\$ 37,00	R\$ 8.288,00
48	252	UN	B.A.A.R - Pesquisa	R\$ 10,00	R\$ 2.520,00
49	250	UN	BAAR Linfa	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
50	249	UN	BACTERIOSCOPIA (DIFT)	R\$ 15,00	R\$ 3.735,00
51	354	UN	BACTERIOSCOPIA/GRAM	R\$ 10,00	R\$ 3.540,00
52	246	UN	BACTERIOSGOPIA-ZIEHL	R\$ 15,00	R\$ 3.690,00
53	800	UN	BETA HCG	R\$ 18,00	R\$ 14.400,00
54	254	UN	BETA HCG QUANTITATIVO	R\$ 20,00	R\$ 5.080,00
55	380	UN	BILIRRUBINAS	R\$ 8,00	R\$ 3.040,00
56	220	UN	BIOPSIA ASPIRATIVA	R\$ 100,00	R\$ 22.000,00
57	300	UN	BIOPSIA GERAL	R\$ 80,00	R\$ 24.000,00
58	249	UN	BNP	R\$ 180,00	R\$ 44.820,00
59	216	UN	CA 19/A(EIE)	R\$ 30,00	R\$ 6.480,00
60	252	UN	CA125	R\$ 30,00	R\$ 7.560,00
61	219	UN	CA15/3	R\$ 30,00	R\$ 6.570,00
62	218	UN	CA19-9	R\$ 30,00	R\$ 6.540,00
63	255	UN	CALCIO - [Ca]	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00
64	254	UN	CALCIO IONICO	R\$ 15,00	R\$ 3.810,00
65	122	UN	Calcio Urinario 24hs	R\$ 25,00	R\$ 3.050,00
66	219	UN	CALCULOS URINARIOS	R\$ 20,00	R\$ 4.380,00
67	249	UN	CARDIOLIPINA	R\$ 70,00	R\$ 17.430,00
68	249	UN	Cariotipo Banda G	R\$ 400,00	R\$ 99.600,00
69	254	UN	CEA, ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
70	124	UN	Celulas Parietais	R\$ 90,00	R\$ 11.160,00
71	248	UN	Ceruplasmina	R\$ 40,00	R\$ 9.920,00
72	249	UN	CH50	R\$ 50,00	R\$ 12.450,00
73	252	UN	CHAGAS - Anticorpos IgG (IF)	R\$ 25,00	R\$ 6.300,00
74	500	UN	CHAGAS - Anticorpos IgM (IF)	R\$ 20,00	R\$ 10.000,00
75	125	UN	Chagas Há	R\$ 22,00	R\$ 2.750,00
76	214	UN	CITOLOGIA GERAL	R\$ 28,00	R\$ 5.992,00
77	249	UN	CITOMEGALOVIRUS - IgG	R\$ 40,00	R\$ 9.960,00
78	249	UN	CITOMEGALOVÍRUS IgG, ANTICORPOS	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
79	249	UN	CITOMEGALOVÍRUS IgM, ANTICORPOS	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
80	255	UN	CK-MB	R\$ 60,00	R\$ 15.300,00
81	249	UN	Clamidia Trach. IGM IFI	R\$ 70,00	R\$ 17.430,00
82	252	UN	CLEARENCE DA CREATININA	R\$ 19,00	R\$ 4.788,00
83	214	UN	CLEARENCE DA UREIA	R\$ 25,00	R\$ 5.350,00
84	212	UN	CLORO - [Cl]	R\$ 10,00	R\$ 2.120,00

85	500	UN	COAGULOGRAMA COMPLETO	R\$ 25,00	R\$ 12.500,00
86	380	UN	COAGULOGRAMA II	R\$ 10,00	R\$ 3.800,00
87	248	UN	COBRE (SORO)	R\$ 25,00	R\$ 6.200,00
88	246	UN	COBRE URINÁRIO	R\$ 25,00	R\$ 6.150,00
89	800	UN	Colesterol HDL e LDL	R\$ 18,00	R\$ 14.400,00
90	800	UN	COLESTEROL TOTAL	R\$ 8,00	R\$ 6.400,00
91	210	UN	COLINESTERASE -- 717	R\$ 25,00	R\$ 5.250,00
92	1000	UN	COLPOCITOLOGIA	R\$ 25,00	R\$ 25.000,00
93	250	UN	COMPLEMENTO C3	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
94	250	UN	COMPLEMENTO C4	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
95	210	UN	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 10,00	R\$ 2.100,00
96	300	UN	CONTAGEM DE COLONIAS	R\$ 10,00	R\$ 3.000,00
97	206	UN	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 20,00	R\$ 4.120,00
98	249	UN	COOMBS DIRETO	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
99	246	UN	COOMBS INDIRETO	R\$ 19,00	R\$ 4.674,00
100	254	UN	COPROCULTURA	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
101	254	UN	COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
102	248	UN	Cortisol 16:00 Horas (SORO)	R\$ 25,00	R\$ 6.200,00
103	249	UN	CORTISOL LIVRE	R\$ 35,00	R\$ 8.715,00
104	246	UN	CORTISOL SALIVAR	R\$ 40,00	R\$ 9.840,00
105	800	UN	COVID - 19 AG	R\$ 150,00	R\$ 120.000,00
106	800	UN	COVID 19 - (IgG/IgM)	R\$ 100,00	R\$ 80.000,00
107	800	UN	COVID, INFLUENZA A, INFLUENZA B - AG	R\$ 200,00	R\$ 160.000,00
108	800	UN	COVID-19 (IgM/IgG) - QUANTITATIVO	R\$ 120,00	R\$ 96.000,00
109	214	UN	CREAT.FOSF.f/MB	R\$ 25,00	R\$ 5.350,00
110	259	UN	CREATINAF OSFOQUINASE - CPK	R\$ 30,00	R\$ 7.770,00
111	1000	UN	CREATININA	R\$ 8,00	R\$ 8.000,00
112	800	UN	Creatinina Urinaria	R\$ 15,00	R\$ 12.000,00
113	292	UN	CULTURA C/ ANTIBIOGRAMA	R\$ 30,00	R\$ 8.760,00
114	500	UN	CULTURA I	R\$ 30,00	R\$ 15.000,00
115	1000	UN	CURVA GLICÊMICA	R\$ 29,00	R\$ 29.000,00
116	500	UN	D-DÍMERO	R\$ 90,00	R\$ 45.000,00
117	250	UN	DEHIDROEPIANDROSTERONA, DHEA	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
118	800	UN	DENGUE IGG IGM	R\$ 25,00	R\$ 20.000,00
119	800	UN	DENGUE NS1	R\$ 35,00	R\$ 28.000,00
120	292	UN	DESIDROGENASE LACTICA (DHL)	R\$ 18,00	R\$ 5.256,00
121	292	UN	DHL - ISOENZIMA FRAC	R\$ 20,00	R\$ 5.840,00
122	249	UN	DNA NATIVO	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
123	2000	UN	EAS	R\$ 8,00	R\$ 16.000,00
124	248	UN	ELETROCARDIOGRAMA CONVENCIONAL ATE 12 DERIVAÇÕES	R\$ 50,00	R\$ 12.400,00
125	249	UN	ELETROFORESE DAS PROTEÍNAS - Urina 24h	R\$ 35,00	R\$ 8.715,00
126	249	UN	ELETROFORESE DAS PROTEÍNAS SÉRICAS	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
127	249	UN	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$ 18,00	R\$ 4.482,00
128	126	UN	EPF	R\$ 10,00	R\$ 1.260,00

129	204	UN	ERITROGRAMA	R\$ 15,00	R\$ 3.060,00
130	204	UN	ESPERMOCITOGRAMA	R\$ 35,00	R\$ 7.140,00
131	202	UN	ESPERMOGRAMA COMPLETO	R\$ 30,00	R\$ 6.060,00
132	254	UN	ESTRADIOL, E2	R\$ 20,00	R\$ 5.080,00
133	250	UN	ESTRIOL	R\$ 20,00	R\$ 5.000,00
134	250	UN	ESTRONA	R\$ 20,00	R\$ 5.000,00
135	258	UN	EXAME CITOLÓGICO (PAPA NICOLAU)	R\$ 35,00	R\$ 9.030,00
136	256	UN	FATOR ANTINUCLEAR (FAN)	R\$ 20,00	R\$ 5.120,00
137	202	UN	FATOR ANTI-NUCLEAR (HEP2) - S	R\$ 20,00	R\$ 4.040,00
138	254	UN	FATOR REUMATOIDE	R\$ 10,00	R\$ 2.540,00
139	128	UN	Fator V Leiden	R\$ 180,00	R\$ 23.040,00
140	500	UN	FERRITINA	R\$ 25,00	R\$ 12.500,00
141	269	UN	FERRITINA SÉRICA	R\$ 25,00	R\$ 6.725,00
142	255	UN	FERRO - [Fe]	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00
143	254	UN	FERRO SERICO	R\$ 10,00	R\$ 2.540,00
144	129	UN	Ferro TIBC	R\$ 35,00	R\$ 4.515,00
145	200	UN	FIBRINOGENIO	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
146	199	UN	FOSFATASE ACIDA	R\$ 10,00	R\$ 1.990,00
147	198	UN	FOSFATASE ACIDA PROSTATICA	R\$ 18,00	R\$ 3.564,00
148	265	UN	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 10,00	R\$ 2.650,00
149	196	UN	FOSFORO - [P]	R\$ 10,00	R\$ 1.960,00
150	264	UN	FSH, HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE	R\$ 20,00	R\$ 5.280,00
151	250	UN	FTA-ABS IgM	R\$ 30,00	R\$ 7.500,00
152	250	UN	FTA-ABS IgG	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
153	196	UN	FUNGOS - CULTURA	R\$ 50,00	R\$ 9.800,00
154	249	UN	FUNGOS - PESQUISA	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
155	195	UN	FUNGOS - Pesquisa — 625	R\$ 25,00	R\$ 4.875,00
156	268	UN	GAMA-GT, GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 15,00	R\$ 4.020,00
157	195	UN	GASOMETRIA	R\$ 90,00	R\$ 17.550,00
158	195	UN	GLICEMIA APOS SOBREC	R\$ 25,00	R\$ 4.875,00
159	500	UN	GLICOSE POS PRANDIAL	R\$ 8,00	R\$ 4.000,00
160	194	UN	GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 40,00	R\$ 7.760,00
161	2000	UN	GLIGEMIA DE JEJUM	R\$ 8,00	R\$ 16.000,00
162	245	UN	GORTISOL	R\$ 25,00	R\$ 6.125,00
163	600	UN	GRUPO SANGUÍNEO	R\$ 8,00	R\$ 4.800,00
164	255	UN	Hansenias	R\$ 35,00	R\$ 8.925,00
165	189	UN	HAPTOGLOBINA	R\$ 20,00	R\$ 3.780,00
166	186	UN	HAV IgG, ANTI	R\$ 25,00	R\$ 4.650,00
167	185	UN	HAV IgM, ANTI	R\$ 30,00	R\$ 5.550,00
168	520	UN	HB GLICADA	R\$ 25,00	R\$ 13.000,00
169	252	UN	HBC IgM, ANTI	R\$ 28,00	R\$ 7.056,00
170	254	UN	HBC TOTAL, ANTI	R\$ 28,00	R\$ 7.112,00
171	254	UN	HBeAg - HEPATITE B	R\$ 20,00	R\$ 5.080,00
172	250	UN	HBS, ANTI	R\$ 28,00	R\$ 7.000,00
173	255	UN	HBSAG	R\$ 25,00	R\$ 6.375,00

174	254	UN	HBs-Ag - AG AUSTRALIA	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
175	192	UN	HEMATOC. + HEMOGLOBINA	R\$ 15,00	R\$ 2.880,00
176	265	UN	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 20,00	R\$ 5.300,00
177	800	UN	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (Hb A1c)	R\$ 15,00	R\$ 12.000,00
178	3500	UN	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 15,00	R\$ 52.500,00
179	266	UN	HEMOSEDIMENTAÇÃO, VHS	R\$ 8,00	R\$ 2.128,00
180	250	UN	HEPATITE A, ANTI-HAV IgG	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
181	250	UN	HEPATITE A, ANTI-HAV IgM	R\$ 30,00	R\$ 7.500,00
182	252	UN	Hepatite B Anti- HBS	R\$ 20,00	R\$ 5.040,00
183	254	UN	HEPATITE C, ANTI HCV	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
184	140	UN	Hepatite E IgG / IgM	R\$ 30,00	R\$ 4.200,00
185	141	UN	Herpes IgG/ IgM	R\$ 28,00	R\$ 3.948,00
186	190	UN	HISTOPATOLOGICO	R\$ 85,00	R\$ 16.150,00
187	258	UN	HIV	R\$ 28,00	R\$ 7.224,00
188	258	UN	HIV TESTE RÁPIDO	R\$ 28,00	R\$ 7.224,00
189	249	UN	HLA B-27	R\$ 190,00	R\$ 47.310,00
190	144	UN	Homa IR	R\$ 45,00	R\$ 6.480,00
191	248	UN	HOMOCISTEINA	R\$ 38,00	R\$ 9.424,00
192	188	UN	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO - HGH	R\$ 35,00	R\$ 6.580,00
193	249	UN	H-Pilory IGG	R\$ 85,00	R\$ 21.165,00
194	254	UN	HTLV I e II	R\$ 55,00	R\$ 13.970,00
195	249	UN	IGA Total	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
196	249	UN	IGD Total	R\$ 100,00	R\$ 24.900,00
197	164	UN	IgE HX2 - Pó de Casa	R\$ 30,00	R\$ 4.920,00
198	254	UN	IGE TOTAL	R\$ 28,00	R\$ 7.112,00
199	184	UN	IgE, AMENDOIM	R\$ 30,00	R\$ 5.520,00
200	180	UN	IgE, CAMARÃO	R\$ 30,00	R\$ 5.400,00
201	180	UN	IgE, CARNE DE PEIXE	R\$ 30,00	R\$ 5.400,00
202	180	UN	IgE, CARNE DE VACA	R\$ 30,00	R\$ 5.400,00
203	169	UN	IgE, CITRICOS	R\$ 30,00	R\$ 5.070,00
204	166	UN	IgE, FORMIGA DE FOGO	R\$ 35,00	R\$ 5.810,00
205	165	UN	IgE, FUNGOS	R\$ 35,00	R\$ 5.775,00
206	162	UN	IgE, MARIMBONDO	R\$ 35,00	R\$ 5.670,00
207	160	UN	IgE, OVO	R\$ 30,00	R\$ 4.800,00
208	159	UN	IgE, PERNILONGO	R\$ 35,00	R\$ 5.565,00
209	250	UN	IGG Total	R\$ 30,00	R\$ 7.500,00
210	250	UN	IGM Total	R\$ 45,00	R\$ 11.250,00
211	149	UN	IMUNO HISTOQUÍMICO	R\$ 600,00	R\$ 89.400,00
212	154	UN	IMUNOGLOBULINA A	R\$ 30,00	R\$ 4.620,00
213	152	UN	IMUNOGLOBULINA E	R\$ 30,00	R\$ 4.560,00
214	150	UN	IMUNOGLOBULINA M	R\$ 25,00	R\$ 3.750,00
215	148	UN	IMUNOHISTOQUÍMICA GERAL	R\$ 550,00	R\$ 81.400,00
216	145	UN	Influenza Antígeno	R\$ 100,00	R\$ 14.500,00
217	500	UN	INSULINA	R\$ 30,00	R\$ 15.000,00
218	146	UN	LEISHMANIA IGG	R\$ 45,00	R\$ 6.570,00



219	252	UN	LEISHMANIOSE IGG e IGM	R\$ 120,00	R\$ 30.240,00
220	255	UN	LEISHMANIOSE PESQUISA	R\$ 25,00	R\$ 6.375,00
221	249	UN	Leuc Fezes	R\$ 18,00	R\$ 4.482,00
222	140	UN	LEUCOCIT.FECAIS PESQ.	R\$ 10,00	R\$ 1.400,00
223	140	UN	LEUCOGRAMA	R\$ 15,00	R\$ 2.100,00
224	168	UN	IgE, CLARA DE OVO	R\$ 30,00	R\$ 5.040,00
225	164	UN	IgE, LEITE DE VACA	R\$ 30,00	R\$ 4.920,00
226	158	UN	IgE, SOJA	R\$ 35,00	R\$ 5.530,00
227	155	UN	IgE, TRIGO	R\$ 30,00	R\$ 4.650,00
228	156	UN	IgE, VENENO OE ABELHA	R\$ 35,00	R\$ 5.460,00
229	254	UN	LH, HORMONIO LUTEOTROFICO	R\$ 20,00	R\$ 5.080,00
230	256	UN	LIPASE	R\$ 10,00	R\$ 2.560,00
231	400	UN	LIPIDOGRAMA	R\$ 28,00	R\$ 11.200,00
232	146	UN	Lipoproteína A	R\$ 70,00	R\$ 10.220,00
233	145	UN	LIQUOR	R\$ 45,00	R\$ 6.525,00
234	144	UN	LIQUOR CONTAGEM ESPEC	R\$ 100,00	R\$ 14.400,00
235	249	UN	LITIO	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
236	140	UN	MACHADO GUERREIRO	R\$ 15,00	R\$ 2.100,00
237	255	UN	MAGNESIO - [Mg]	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00
238	129	UN	MANGANES	R\$ 25,00	R\$ 3.225,00
239	129	UN	MICROALBUMINÚRIA - 24 Horas	R\$ 30,00	R\$ 3.870,00
240	249	UN	Microalbuminuria am isol	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
241	126	UN	MUCOPROTEINAS	R\$ 10,00	R\$ 1.260,00
242	125	UN	NT -proBNP - PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEREBRAL	R\$ 200,00	R\$ 25.000,00
243	126	UN	OXIUIROS - PESQUISA	R\$ 10,00	R\$ 1.260,00
244	124	UN	PAINEL CARDÍACO	R\$ 200,00	R\$ 24.800,00
245	268	UN	PARASITOLOGICO (MIF)	R\$ 25,00	R\$ 6.700,00
246	1000	UN	PARASITOLOGICO DE FEZES 1ª AMOSTRA	R\$ 8,00	R\$ 8.000,00
247	400	UN	PARASITOLOGICO DE FEZES 2º AMOSTRA	R\$ 15,00	R\$ 6.000,00
248	264	UN	PARASITOLOGICO DE FEZES 3ª AMOSTRA	R\$ 10,00	R\$ 2.640,00
249	254	UN	PARATORMÔNIO PTH INTACTO (MOLÉCULA INTEIRA)	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
250	100	UN	PCR CORONAVIRUS	R\$ 220,00	R\$ 22.000,00
251	400	UN	PCR ULTRA-SENSÍVEL	R\$ 65,00	R\$ 26.000,00
252	122	UN	PEPTIDEO C	R\$ 100,00	R\$ 12.200,00
253	800	UN	PERFIL LIPIDICO	R\$ 35,00	R\$ 28.000,00
254	254	UN	PESQUISA SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 28,00	R\$ 7.112,00
255	124	UN	PLAQUETAS, CONTAGEM	R\$ 15,00	R\$ 1.860,00
256	260	UN	POTASSIO - [K]	R\$ 15,00	R\$ 3.900,00
257	248	UN	proBNP	R\$ 200,00	R\$ 49.600,00
258	250	UN	PROGESTERONA	R\$ 20,00	R\$ 5.000,00
259	252	UN	PROLACTINA	R\$ 20,00	R\$ 5.040,00
260	150	UN	Proteína C e S Funcional	R\$ 65,00	R\$ 9.750,00
261	1200	UN	PROTEINA C REATIVA	R\$ 12,00	R\$ 14.400,00

262	404	UN	PROTEINA C REATIVA - Ultrassensível	R\$ 65,00	R\$ 26.260,00
263	260	UN	PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 10,00	R\$ 2.600,00
264	260	UN	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 10,00	R\$ 2.600,00
265	262	UN	PROTEINURIA 24 Hs	R\$ 25,00	R\$ 6.550,00
266	400	UN	PROVA DE ATIVIDADE REUMÁTICA	R\$ 40,00	R\$ 16.000,00
267	200	UN	PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA	R\$ 38,00	R\$ 7.600,00
268	116	UN	PROVAS DE FUNÇÃO TIREOIDEANA	R\$ 38,00	R\$ 4.408,00
269	266	UN	PSA LIVRE / TOTAL	R\$ 30,00	R\$ 7.980,00
270	1000	UN	PSA TOTAL - ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 30,00	R\$ 30.000,00
271	254	UN	PTH N, MOLECULA INTACTA, PARATORMONIO	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
272	248	UN	RETICULOCITOS	R\$ 20,00	R\$ 4.960,00
273	150	UN	REVISÃO DE LÂMINA	R\$ 30,00	R\$ 4.500,00
274	254	UN	RUBEOLA IgM	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
275	254	UN	RUBÉOLA IgM, ANTICORPOS ANTI - S	R\$ 30,00	R\$ 7.620,00
276	254	UN	RUBEOLA IgG	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
277	254	UN	RUBÉOLA IgG, ANTICORPOS ANTI - S	R\$ 25,00	R\$ 6.350,00
278	152	UN	Sangue Oculto Monoclonal	R\$ 50,00	R\$ 7.600,00
279	248	UN	SDHEA	R\$ 30,00	R\$ 7.440,00
280	248	UN	SDHEA, SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 30,00	R\$ 7.440,00
281	154	UN	Selênio	R\$ 40,00	R\$ 6.160,00
282	248	UN	Serotonina	R\$ 40,00	R\$ 9.920,00
283	249	UN	SHBG - GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS	R\$ 30,00	R\$ 7.470,00
284	289	UN	SODIO - (Na)	R\$ 15,00	R\$ 4.335,00
285	155	UN	Sódio Urinario	R\$ 30,00	R\$ 4.650,00
286	114	UN	SOMATOMEDINA C - IGF-1	R\$ 30,00	R\$ 3.420,00
287	156	UN	Sorologia Covid-19	R\$ 50,00	R\$ 7.800,00
288	269	UN	T-3 LIVRE	R\$ 25,00	R\$ 6.725,00
289	266	UN	T3 REVERSO	R\$ 95,00	R\$ 25.270,00
290	266	UN	T3 REVERSO - HP	R\$ 90,00	R\$ 23.940,00
291	300	UN	T3, TRI-IODOTIRONINA	R\$ 20,00	R\$ 6.000,00
292	500	UN	T4 LIVRE	R\$ 20,00	R\$ 10.000,00
293	350	UN	T4, TIROXINA	R\$ 20,00	R\$ 7.000,00
294	400	UN	TAP	R\$ 25,00	R\$ 10.000,00
295	114	UN	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 15,00	R\$ 1.710,00
296	112	UN	TEMPO DE PROTROMBINA I	R\$ 15,00	R\$ 1.680,00
297	110	UN	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 15,00	R\$ 1.650,00
298	109	UN	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO	R\$ 20,00	R\$ 2.180,00
299	252	UN	TESTE DE TOL.INSULINA	R\$ 40,00	R\$ 10.080,00
300	300	UN	Teste do Pezinho Master	R\$ 195,00	R\$ 58.500,00
301	264	UN	TESTOSTERONA	R\$ 25,00	R\$ 6.600,00
302	264	UN	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 25,00	R\$ 6.600,00

303	264	UN	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 25,00	R\$ 6.600,00
304	108	UN	TIBC - INDICE DE SATURACAO DE TRANSFERRINA - IST	R\$ 28,00	R\$ 3.024,00
305	252	UN	TIREOGLOBULINA	R\$ 20,00	R\$ 5.040,00
306	106	UN	TOXOPLASMOSE G	R\$ 25,00	R\$ 2.650,00
307	106	UN	TOXOPLASMOSE IgG	R\$ 25,00	R\$ 2.650,00
308	105	UN	TOXOPLASMOSE IgM	R\$ 25,00	R\$ 2.625,00
309	250	UN	TOXOPLASMOSE IgM, ANTICORPOS	R\$ 30,00	R\$ 7.500,00
310	250	UN	TOXOPLASMOSE IgG, ANTICORPOS	R\$ 25,00	R\$ 6.250,00
311	105	UN	TOXOPLASMOSE M	R\$ 25,00	R\$ 2.625,00
312	405	UN	TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA.TGO, AST	R\$ 10,00	R\$ 4.050,00
313	405	UN	TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA, TGP, ALT	R\$ 10,00	R\$ 4.050,00
314	249	UN	TRANSFERRINA	R\$ 25,00	R\$ 6.225,00
315	248	UN	TRANSFERRINA IND.SATUR	R\$ 35,00	R\$ 8.680,00
316	104	UN	TRIAGEM TOXICOLÓGICA (URINA)	R\$ 60,00	R\$ 6.240,00
317	623	UN	TRIGLICERIDES	R\$ 10,00	R\$ 6.230,00
318	254	UN	TROPONINA	R\$ 50,00	R\$ 12.700,00
319	300	UN	TROPONINA I	R\$ 50,00	R\$ 15.000,00
320	159	UN	Troponina T	R\$ 50,00	R\$ 7.950,00
321	104	UN	TS + TC	R\$ 15,00	R\$ 1.560,00
322	400	UN	TSH, HORMONIO TIREOESTIMULANTE	R\$ 20,00	R\$ 8.000,00
323	400	UN	TTPA	R\$ 25,00	R\$ 10.000,00
324	800	UN	UREIA	R\$ 8,00	R\$ 6.400,00
325	220	UN	Ureia Urinaria	R\$ 10,00	R\$ 2.200,00
326	300	UN	Urocultura	R\$ 40,00	R\$ 12.000,00
327	420	UN	VDRL	R\$ 10,00	R\$ 4.200,00
328	164	UN	Vitamina A	R\$ 60,00	R\$ 9.840,00
329	249	UN	Vitamina B1	R\$ 120,00	R\$ 29.880,00
330	266	UN	VITAMINA B-12	R\$ 28,00	R\$ 7.448,00
331	165	UN	Vitamina B2	R\$ 200,00	R\$ 33.000,00
332	249	UN	Vitamina B6	R\$ 150,00	R\$ 37.350,00
333	250	UN	Vitamina C	R\$ 70,00	R\$ 17.500,00
334	269	UN	VITAMINA D	R\$ 40,00	R\$ 10.760,00
335	249	UN	Vitamina E	R\$ 35,00	R\$ 8.715,00
336	252	UN	ZINCO SÉRICO	R\$ 25,00	R\$ 6.300,00
337	249	UN	ZINCO URINÁRIO	R\$ 38,00	R\$ 9.462,00
<b>Total Exames Laboratoriais</b>				<b>R\$ 3.688.814,00</b>	

### Exames de Ultrassom

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	120	UN	Abdômen Inferior	R\$ 120,00	R\$ 14.400,00
2	80	UN	Abdômen Superior	R\$ 140,00	R\$ 11.200,00

3	80	UN	Abdômen Total	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
4	80	UN	Aparelho Urinário	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
5	60	UN	Arterial membro inferior unilateral	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
6	60	UN	Arterial membro superior unilateral	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
7	100	UN	Articulações ombro/joelho/poplitea/punho/cotovelo	R\$ 160,00	R\$ 16.000,00
8	100	UN	Bolsa Escrotal	R\$ 140,00	R\$ 14.000,00
9	80	UN	Cardiotocografia	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
10	100	UN	Controle de Ovulação	R\$ 220,00	R\$ 22.000,00
11	80	UN	Dermatológica	R\$ 350,00	R\$ 28.000,00
12	80	UN	Doppler Fluxometria	R\$ 200,00	R\$ 16.000,00
13	200	UN	Doppler aorta e ilíacas	R\$ 300,00	R\$ 60.000,00
14	200	UN	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada	R\$ 150,00	R\$ 30.000,00
15	200	UN	Doppler colorido veia cava inf. ou sup.	R\$ 250,00	R\$ 50.000,00
16	150	UN	Doppler Fluxo Obstétrico	R\$ 220,00	R\$ 33.000,00
17	180	UN	Doppler renal	R\$ 350,00	R\$ 63.000,00
18	180	UN	Doppler vasos mesentéricos	R\$ 350,00	R\$ 63.000,00
19	180	UN	Doppler venosa região cervical	R\$ 250,00	R\$ 45.000,00
20	100	UN	Ecodoppler de Carótidas	R\$ 210,00	R\$ 21.000,00
21	80	UN	Ecodoppler fetal	R\$ 350,00	R\$ 28.000,00
22	80	UN	Endometriose	R\$ 350,00	R\$ 28.000,00
23	80	UN	Fontanela	R\$ 140,00	R\$ 11.200,00
24	100	UN	Mamas	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
25	120	UN	Morfológica	R\$ 300,00	R\$ 36.000,00
26	100	UN	Obstétrica	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
27	80	UN	Obstétrica c/Perfil Biofísico Fetal	R\$ 260,00	R\$ 20.800,00
28	100	UN	Obstétrica com Doppler Colorido	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00
29	80	UN	Obstétrica Gemelar	R\$ 220,00	R\$ 17.600,00
30	90	UN	Pélvica (Ginecológica)	R\$ 120,00	R\$ 10.800,00
31	80	UN	Perfil biofísico + Cardiotocografia CTG	R\$ 250,00	R\$ 20.000,00
32	60	UN	Próstata (transretal)	R\$ 180,00	R\$ 10.800,00
33	80	UN	Próstata (via abdominal)	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
34	60	UN	Região Cervical/parótida	R\$ 120,00	R\$ 7.200,00
35	60	UN	Superfícies/ TENDÃO DE AQUILES	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
36	80	UN	Tiroide	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
37	100	UN	Translucência Nucal	R\$ 120,00	R\$ 12.000,00
38	120	UN	Transvaginal	R\$ 120,00	R\$ 14.400,00
39	60	UN	USG 3D	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
40	60	UN	USG Tórax	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
41	60	UN	Venoso membro inferior unilateral	R\$ 400,00	R\$ 24.000,00
42	60	UN	Venoso membro superior unilateral	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
<b>Total exames Ultrassonografia</b>				<b>R\$ 910.800,00</b>	

### Exames de Ultrassom no Hospital

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
------	--------	----	-----------	------------	-------------

1	400	UN	Abdômen Inferior	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
2	400	UN	Abdômen Superior	R\$ 90,00	R\$ 36.000,00
3	1800	UN	Abdômen Total	R\$ 90,00	R\$ 162.000,00
4	360	UN	Bolsa Escrotal	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
5	1900	UN	Endovaginal	R\$ 90,00	R\$ 171.000,00
6	600	UN	Mamas	R\$ 90,00	R\$ 54.000,00
7	1600	UN	Obstétrico 1 2 3	R\$ 90,00	R\$ 144.000,00
8	360	UN	Parede abdominal	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
9	360	UN	Partes Moles	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
10	360	UN	Pélvico	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
11	600	UN	Próstata (via abdominal)	R\$ 90,00	R\$ 54.000,00
12	360	UN	Região Femoral	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
13	360	UN	Região Ingnal	R\$ 90,00	R\$ 32.400,00
14	1200	UN	Rins e Vias Urinárias	R\$ 90,00	R\$ 108.000,00
15	600	UN	Tiroide	R\$ 90,00	R\$ 54.000,00
<b>Total de Exames Ultrassonografia no Hospital/Centro de Saúde</b>				<b>R\$ 1.013.400,00</b>	

### Exame de Tomografia

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	100	UN	Angiotomografia de Crânio, abdominal e Torácica	R\$ 600,00	R\$ 60.000,00
2	80	UN	TC 1 Segmento de Coluna	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
3	80	UN	TC Abdômen Inferior	R\$ 320,00	R\$ 25.600,00
4	180	UN	TC Abdômen Superior	R\$ 360,00	R\$ 64.800,00
5	200	UN	TC Abdômen Total	R\$ 490,00	R\$ 98.000,00
6	80	UN	TC Aparelho Urinário	R\$ 370,00	R\$ 29.600,00
7	60	UN	TC ATM- ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
8	60	UN	TC Bacia ou Sacro-coccix e Quadril	R\$ 250,00	R\$ 15.000,00
9	100	UN	TC Clavícula	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
10	100	UN	TC Coluna Cervical	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
11	80	UN	TC Coluna Dorsal	R\$ 250,00	R\$ 20.000,00
12	100	UN	TC Coluna Lombar	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
13	80	UN	TC Crânio	R\$ 290,00	R\$ 23.200,00
14	80	UN	TC Face	R\$ 270,00	R\$ 21.600,00
15	60	UN	TC Órbitas	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
16	60	UN	TC Ouvido (mastóide)	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
17	60	UN	TC Pescoço	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
18	100	UN	TC Seg. Apendiculares e Articulações (Braço, ombro, antebraço, joelho, punho, coxa...)	R\$ 260,00	R\$ 26.000,00
19	100	UN	TC Seios da Face	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
20	60	UN	TC Sela Túcica	R\$ 290,00	R\$ 17.400,00
21	100	UN	TC Tórax/Tórax Alta Resolução	R\$ 350,00	R\$ 35.000,00
<b>Total Exames Tomografia</b>				<b>R\$ 613.200,00</b>	



## Exames de Radiografia

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	60	UN	Abdômen Agudo ( ort.+torax+d. dorsal)	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
2	60	UN	Abdômen Ap+ortostática	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
3	60	UN	Abdômen Simples (d. dorsal)	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
4	60	UN	Antebraço	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
5	50	UN	Articulação Coxofemoral (quadril)	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
6	50	UN	Articulação Escapulo – Umeral (ombro)	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
7	60	UN	Articulação Tíbia – Társica (tornozelo)	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
8	50	UN	Bacia AP	R\$ 80,00	R\$ 4.000,00
9	40	UN	Bacia Ap/Rã	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
10	60	UN	Braço	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
11	40	UN	Calcâneo	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
12	40	UN	Cavun	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
13	60	UN	Clavícula	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
14	60	UN	Coluna Cervical	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
15	60	UN	Coluna Dorsal	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
16	60	UN	Coluna Dorso Lombar p/ Escoliose	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
17	60	UN	Coluna Lombo-sacra	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
18	40	UN	Coluna Lombo-sacra com Obliquas	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
19	40	UN	Coluna Lombo-sacra Funcional/Dinâmica	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
20	40	UN	Coluna Sacro-coccix	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
21	40	UM	Coluna total para escoliose PA/LAT	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
22	40	UN	Costelas por Hemitórax ( <b>arcos costais</b> )	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
23	60	UN	Cotovelo	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
24	60	UN	Coxa (fêmur)	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
25	40	UN	Crânio PA/lateral + Breton	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
26	40	UN	Crânio PA/Perfil	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
27	40	UN	Esterno	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
28	40	UN	Joelho Ap/P	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
29	40	UN	Joelho ou Rotula Ap+Lat+Axial	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
30	40	UN	Mandíbula (ATM)	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
31	60	UN	Mão ou Quirodáctilos	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
32	60	UN	Ombro ou Omoplata	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
33	40	UN	Ossos da face	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
34	40	UN	Panorâmica de Membros Inferiores( <b>só criança</b> )	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
35	40	UM	Panorâmica de Membros Inferiores/escanometria	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
36	60	UN	Pé	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
37	60	UN	Perna (tíbia)	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
38	60	UN	Punho	R\$ 80,00	R\$ 4.800,00
39	40	UN	Seios da face	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
40	40	UN	Tórax PA	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
41	40	UN	Tórax PA/LATERAL	R\$ 80,00	R\$ 3.200,00
42	40	UN	Uretrocistografia	R\$ 300,00	R\$ 12.000,00



<b>Total Exames de Radiografia</b>	<b>R\$ 177.600,00</b>
------------------------------------	-----------------------

### Exames de Ressonâncias

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	60	UN	Angioressonacial arterial	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
2	60	UN	Angioressonacial venosa	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
3	60	UN	Ressonância Cardíaca	R\$ 1.000,00	R\$ 60.000,00
4	80	UN	RM Abdomen inferior/Pelve/Próstata, região Glútea (com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 56.000,00
5	80	UN	RM Abdomen Superior (Com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 56.000,00
6	80	UN	RM Abdomen Total/ Vias urinárias (Com Contraste)	R\$ 900,00	R\$ 72.000,00
7	60	UN	RM Articulação Coxo-femoral	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
8	60	UN	RM Articulação Esterno-Clavicular	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
9	80	UN	RM Articulações braço, antebraço, calcâneo, cotovelo, coxa, joelho, mão, ombro, pé, perna, punho, quadril, tornozelo, sacro coccix	R\$ 500,00	R\$ 40.000,00
10	80	UN	RM Bacia	R\$ 500,00	R\$ 40.000,00
11	80	UN	RM Bolsa escrotal (sem e com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 56.000,00
12	60	UN	RM Colangioressonancia	R\$ 800,00	R\$ 48.000,00
13	80	UN	RM Coluna cervical	R\$ 500,00	R\$ 40.000,00
14	80	UN	RM Coluna Dorsal/ Torácica	R\$ 500,00	R\$ 40.000,00
15	80	UN	RM Coluna Lombar	R\$ 500,00	R\$ 40.000,00
16	80	UN	RM Coluna Seguimento Adicional	R\$ 300,00	R\$ 24.000,00
17	80	UN	RM Crânio (sem e com contraste)	R\$ 600,00	R\$ 48.000,00
18	60	UN	RM Enterorressonancia	R\$ 800,00	R\$ 48.000,00
19	60	UN	RM Mama	R\$ 800,00	R\$ 48.000,00
20	60	UN	RM membro apendicular	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
21	60	UN	RM Órbita ( com constraste)	R\$ 600,00	R\$ 36.000,00
22	60	UN	RM Ossos Temporais/Ouvido/Mastóide (com ou sem contraste)	R\$ 600,00	R\$ 36.000,00
23	60	UN	RM Pescoço/Laringe (sem e com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
24	60	UN	RM plexo braqueal	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
25	60	UN	RM Sacro- Ilíacas	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
26	60	UN	RM Seios da face/face (sem e com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
27	60	UN	RM Sela Túrsica (com contraste)	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
28	60	UN	RM Temporo – madibular	R\$ 500,00	R\$ 30.000,00
29	60	UN	RM Tórax (com constraste)	R\$ 700,00	R\$ 42.000,00
30	60	UN	Uroressonância	R\$ 780,00	R\$ 46.800,00
<b>Total Exames de Ressonância</b>				<b>R\$ 1.266.800,00</b>	

### Exames Cardiológicos

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	100	UN	ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 700,00	R\$ 70.000,00

2	120	UN	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO (ANESTESIA INCLUSA)	R\$ 1.300,00	R\$ 156.000,00
3	150	UN	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	R\$ 300,00	R\$ 45.000,00
4	120	UN	ECODOPPLER TRANSTORÁCICO - ECOCARGIOGRAMA	R\$ 300,00	R\$ 36.000,00
5	250	UN	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 50,00	R\$ 12.500,00
6	250	UN	HOLTER	R\$ 160,00	R\$ 40.000,00
7	250	UN	MAPA	R\$ 160,00	R\$ 40.000,00
8	120	UN	POLISSONOGRAMA TIPO 3	R\$ 600,00	R\$ 18.000,00
9	120	UN	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 250,00	R\$ 30.000,00
<b>Total Exames Cardiológicos</b>				<b>R\$ 447.500,00</b>	

### Exames Neurológicos

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	90	UN	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 230,00	R\$ 20.700,00
<b>Total Exame Neurológico</b>				<b>R\$ 20.700,00</b>	

### Exames Densitometria Óssea

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	100	UN	DENSIDOMETRIA ÓSSEA 2 SEGUIMENTOS	R\$ 200,00	R\$ 20.000,00
2	100	UN	DENSIDOMETRIA ÓSSEA 3 SEGUIMENTOS	R\$ 220,00	R\$ 22.000,00
3	100	UN	DENSIDOMETRIA ÓSSEA CORPO INTEIRO	R\$ 280,00	R\$ 28.000,00
<b>Total Exame Densitometria Óssea</b>				<b>R\$ 70.000,00</b>	

### Exame de Mamografia

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	50	UN	MAMOGRAFIA	R\$ 130,00	R\$ 6.500,00
<b>Total Exame Mamografia</b>				<b>R\$ 6.500,00</b>	

### Exame de Videoendoscopia

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	90	UN	COLONOSCOPIA	R\$ 700,00	R\$ 63.000,00
2	120	UN	ENDOSCOPIA	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00
<b>Total Exame de Videoendoscopia</b>				<b>R\$ 111.000,00</b>	

### Exame de Procedimento

Item	Quant.	UN	DESCRIÇÃO	Valor Uni.	Valor Total
1	50	UN	FUNÇÃO ASPIRATIVA TIREÓIDE/MAMA	R\$ 300,00	R\$ 15.000,00
<b>Total Exame de Procedimento</b>				<b>R\$ 15.000,00</b>	

## ANEXO XI

### TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/2025

Processo do credenciamento xxxx/2025

REFERENTE AO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 008/2025, VISANDO O CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS, QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPINORTE NOS TERMOS E CONDIÇÕES A SEGUIR:

Pelo presente instrumento o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINORTE**, sediada na Av. Bernardo Sayao, nº. 1.569, Qd. 11, Lt. 04, Vila Benedito da Rocha, em Campinorte – Goiás, inscrito no **CNPJ Nº. 11.276.589/0001-71**, representado pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **JOYCE KELLE RODRIGUES NONATO**, brasileira, casada, Enfermeira, agente político, residente e domiciliada à Rua Santos, Qd. A; Lt. 07 A; S/N, Vila Jordania, Campinorte, CEP: 76.410-000, portadora do RG nº. 5691599, expedida pela SSP/GO, e do **CPF/MF nº. 039.805.901-27**, abaixo assinado, doravante denominada CONTRATANTE e de um lado, de outro o (a) profissional ou Empresa \_\_\_\_\_, Função\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, portador da CI nº. \_\_\_\_\_, expedida pela \_\_\_\_\_, e do **CPF/MF nº. \_\_\_\_\_**, **COREM \_\_\_\_\_** em \_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, **HABILITADA** para prestação de serviços de \_\_\_\_\_, acordam celebrar o presente Contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

**Habilitada para prestação de serviços de \_\_\_\_\_.**

O CREDENCIADO deverá prestar os serviços conforme previsão constante do Edital 008/2025, na modalidade estabelecida, e estar estabelecido no Município de Campinorte/GO.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E OBRIGAÇÕES

O CREDENCIADO deverá prestar os serviços nas condições e preços preestabelecidos no edital e neste Termo.

O CREDENCIADO atenderá FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINORTE.

O CREDENCIADO não poderá transferir os direitos, obrigações e atendimentos a terceiros, sem a anuência do CREDECIANTE.

O CREDENCIADO não poderá efetuar qualquer tipo de cobrança de taxa ou diferença referente dos pacientes encaminhados, sob qualquer pretexto. O CREDENCIADO, responderá pela solidez, segurança e perfeição dos serviços executados, sendo ainda responsável por quaisquer danos pessoais ou materiais, inclusive contra terceiros, ocorridos durante a execução dos serviços ou deles decorrentes.

O CREDENCIADO durante a vigência do presente Termo de Credenciamento obriga-se a manter todas as condições da habilitação e qualificação exigidas no Edital de Chamamento Público nº 008/2025.

O Presente Credenciado não gera vínculo de trabalho, e somente poderá ser pago o valor ajustado no contrato em parcelas, sendo vedado o pagamento de gratificações, horas extras, adicionais, ou qualquer

outro valor não ajustado, sob pena de nulidade do credenciamento, questão aceita pelas partes no momento da assinatura do termo.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - VIGÊNCIA**

O presente Termo de Credenciamento vigorará até a data de 31/12/2025, podendo ser prorrogado, mantidos as mesmas condições, mediante termo aditivo e consensual se a administração achar conveniente.

**Parágrafo único** - Se houver prorrogação será usado como indexador o índice do INPC anual.

### **CLÁUSULA QUARTA – VALOR DO CONTRATO E FORMA DE PAGAMENTO**

O presente contrato possui o valor global de **R\$ ()**.

Os pagamentos somente serão realizados mediante a apresentação de notas fiscais de prestação dos serviços.

Os valores serão postos à disposição do CREDENCIANDO, junto à tesouraria do Município, mensalmente, até o décimo (10º) dia útil do mês subsequente àquele em que os serviços forem prestados.

Os valores a serem pagos, somente serão liberados mediante a apresentação do documento fiscal emitida pela CREDENCIADO que deverá estar em conformidade com os valores dos serviços realizados e devidamente comprovados.

Os valores a serem pagos, não sofrerão qualquer tipo de correção ou reajuste durante a vigência do Presente Termo de Credenciamento.

### **CLÁUSULA QUINTA - FISCALIZAÇÃO**

O CREDENCIANTE poderá fiscalizar a execução dos serviços prestados pela CREDENCIADO, podendo rejeitá-los quando estiverem fora das especificações, devendo ser feito sem ônus ao CREDENCIANTE.

GESTOR DO CONTRATO: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_

FISCAL DO CONTRATO: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_

### **CLÁUSULA SEXTA - DAS PENALIDADES**

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas ou o cumprimento em desacordo com o pactuado acarretará, à CREDENCIADA, as penalidades previstas no Artigo 156, da Lei 14.133/2021 e alterações, conforme a gravidade da infração e independentemente da incidência de multa.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS MULTAS**

A CREDECIANTE, no uso das prerrogativas que lhe confere o artigo 79 e artigo 155 e 156 da Lei 14.133/2021

O CREDENCIADO que se recusar injustificadamente, executar os serviços em conformidade com o estabelecido, será aplicada multa na razão de 2% (dois por cento) sobre o valor total da Nota de Empenho referente ao mês em questão, e deverá sanar a irregularidade num prazo de 5 (cinco) dias,

após este prazo poderá ser rescindido o “Termos de Credenciamento” e aplicada as penalidades previstas no artigo 156 da lei 14.133/2021.

Pela execução em desacordo com as especificações do “Termo de Credenciamento”, será aplicada, multa na razão de 2 % (dois por cento), por dia, calculado sobre o valor total da Nota de empenho do mês em questão, até a efetiva regularização da situação, sendo que o prazo para regularização é de até 10 (dez) dias. Após esse prazo, poderá ser rescindido o “Termo de Credenciamento” e ser aplicada uma ou todas as penalidades previstas no artigo 156 da lei 14.133/2021.

Dos atos praticados nesta licitação, caberão os recursos previstos no Artigo 164 da Lei nº 14.133/2021 e alterações, os quais, dentro dos prazos legais, deverão ser protocolados no Protocolo da Prefeitura Municipal de Campinorte - GO.

### **CLÁUSULA OITAVA - DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES E MULTAS**

No caso de incidência de uma das situações previstas neste Termo a CREDENCIANTE notificará à CREDENCIADA, para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento desta, justificar por escrito os motivos do inadimplemento.

**Parágrafo Único** – Será considerado justificado o inadimplemento, nos seguintes casos:

A – Acidentes, imprevistos sem culpa do CREDENCIADO.

B – Falta ou culpa do CREDENCIANTE

C – Caso fortuito ou força maior, conforme previstas no Código civil Brasileiro.

### **CLÁUSULA NONA - RESCISÃO CONTRATUAL**

O presente termo poderá ser rescindido independente de procedimento judicial, aqueles inscritos no artigo 155 da Lei 14.133/2021 e posteriores alterações acrescidas dos seguintes:

A - Mediante acordo expresso, e firmado pelas partes, após um aviso premonitório, também expresso, feito com antecedência de 15 (quinze) dias pelo interessado.

B - Unilateralmente pelo CREDENCIANTE, em qualquer tempo, independente de interpelação ou procedimento judicial ou extrajudicial, caso o CREDENCIADO:

C - Ceda ou transfira, no todo ou em parte, o objeto deste Termo de Credenciamento, ou deleguem a outrem as incumbências as obrigações nele consignadas, sem prévia e expressa autorização do CREDENCIANTE.

D - Venha a agir com dolo, culpa simulação ou em fraude na execução dos serviços.

E - Quando pela reiteração de impugnação dos serviços ficar evidenciada a incapacidade para dar execução satisfatória ao Termo de Credenciamento.

F - Venha a falir, entrar em concordata, liquidação ou dissolução.

G - Quando ocorrerem razões de interesse do serviço público e ou na ocorrência de qualquer das disposições elencadas na Lei nº 14.133/2021 e alterações.

**Parágrafo Único** - Havendo rescisão do Termo de Credenciamento, o CREDENCIANTE pagará ao CREDENCIADA, o numerário equivalente aos serviços efetivamente realizados, e aprovados pela fiscalização, no valor avençado.

#### **CLAUSULA DÉCIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A dotação orçamentaria: \_\_\_\_\_ - Ficha: \_\_\_\_ - Fonte: \_\_\_\_, Origem do Recurso \_\_\_\_\_.

As despesas decorrentes da execução dos serviços ora contratadas serão atendidas pela rubrica prevista na lei orçamentária municipal vigente para o exercício financeiro de 2025.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CASOS OMISSOS**

Qualquer pendenga judicial oriunda da aplicação do presente termo será dirimida com base na legislação específica, especialmente no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N. 008/2025 e a Lei 14.133/2021 e posteriores alterações.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO**

As partes elegem o Foro da comarca de Campinorte - Go para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste ajuste, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Campinorte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

#### **Tabela da vaga:**

\_\_\_\_\_  
**CREDENCIADO**

\_\_\_\_\_  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINORTE**

\_\_\_\_\_  
**FISCAL DO CONTRATO**

#### **TESTEMUNHAS:**

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_