

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA

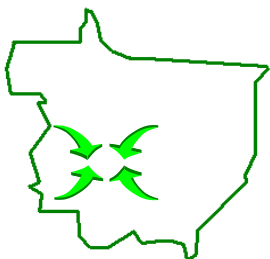
CRENCIAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS (CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES DIAGNÓSTICOS, SERVIÇOS DE APOIO E SERVIÇOS HOSPITALARES)

Levamos ao conhecimento dos interessados, que o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE** estará realizando de **26 de Fevereiro de 2013 até 08 de Março de 2013**, CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA, de acordo com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis.

1. O presente Chamamento tem por objeto o Credenciamento de serviços de **Consultas Médicas Especializadas, Exames Diagnósticos, Serviços de Apoio e Serviços Hospitalares**, que deverão ser prestados em instalações do **CRENCIADO**, conforme descrição no Edital completo.
2. A documentação e as orientações para o credenciamento, bem como informações sobre o pagamento, forma e valor, dos serviços a serem credenciados estão estipulados no Edital.
3. As despesas decorrentes do credenciamento deste Chamamento correrão por conta de recursos das dotações orçamentárias: 33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.
4. O Edital completo e outras informações poderão ser solicitados junto à Comissão Permanente de Licitação do **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, Rua Benedito Pereira de Oliveira, 53 - N, Centro, Tangará da Serra – MT, ou no endereço eletrônico <http://www.tangaradaserra.mt.gov.br/Consortio-InterMunicipal-Saude>
Maiores Informações através fone/fax 65 3325 1374/ 3326 8264/ 3326 1988

Tangará da Serra – MT. 25 de Fevereiro de 2013.

JUCELIA COELHO DA SILVA
PRESIDENTE/CPL



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

1 – PREÂMBULO

1.1 – O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, por meio da Comissão Permanente de Licitação designada pela Resolução nº 001/2013, de 14 de Janeiro de 2013 e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e demais legislação aplicável, torna pública a realização de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA**, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

2 – OBJETO

2.1 – Tem por objeto o Credenciamento na área médica de pessoas jurídicas, para prestação de serviços em **Consultas Médicas Especializadas, Exames Diagnósticos, Serviços de Apoio e Serviços Hospitalares** que deverão ser prestados em instalações do (a) **CREDENCIADO (A)**.

3 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES DIAGNÓSTICOS E SERVIÇOS HOSPITALARES:

3.1 Os descritos nos Anexos V e VI deste Chamamento e demais procedimentos constantes da Tabela SIA/SUS, não contemplados nos anexos em referência.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 Poderão participar pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedados os que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente Instrumento.

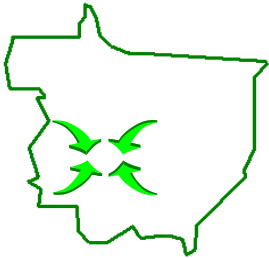
5.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7.1 deste instrumento.

5.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição **até as 12h00min horas do dia 08 de Março de 2013**.

5.4 – Os modelos de formulários para cadastramento estão disponíveis;

1) pela internet – <http://www.tangaradaserra.mt.gov.br/Consortio-InterMunicipal-Saude>

2) Na sede do Consórcio, sito, Rua Benedito Pereira de Oliveira, 53-N, Centro, Tangará da Serra – MT., das 07:00 às 11:00 horas de segunda à sexta feira.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar até a data prevista no item 5.3, os documentos relacionados no item 7.1 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 11:00 horas, no endereço do **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, Rua Benedito Pereira de Oliveira, 53-N, Centro, Tangará da Serra – MT., em envelope fechado com as seguintes indicações:

CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

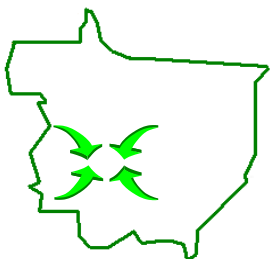
ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – Pessoa Jurídica:

1. Requerimento, conforme Anexo I;
2. Cópia da inscrição no CNPJ;
3. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social consolidado, chancelado pela junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
4. Declaração do credenciado de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com Anexo II;
5. Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (ANEXO III);
6. Cópia do Alvará de Licença Sanitária;
7. Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
8. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
9. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
10. Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
11. Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
12. Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRM), do(s) profissional (is) que executará (ão) os serviços;
13. Cópia do comprovante de especialização na área pretendida, do(s) profissional (is) que executarão os serviços;
14. Informe da prestação de Serviços (Anexo IV);
15. Prova de regularidade para com a Justiça do Trabalho. (CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas)



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

7.2 – Estarão dispensados da apresentação dos documentos representados nos itens 2, 3, 12 e 13, os prestadores que realizaram credenciamento junto ao Consórcio nos anos anteriores, desde que não tenham ocorrido nesse período alterações no Contrato Social e nem ingresso de novos profissionais.

7.3 – As empresas poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

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

8 – PROCEDIMENTOS DO CADASTRO

8.1 – Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7.1 acima.

8.2 – **Não será aceito cadastro com documentação incompleta.** O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e será renovado anualmente.

8.3 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica da documentação relacionada no item 7.1.

8.4 – Aos inscritos que preencherem os requisitos será fornecida declaração de habilitado, renovável, que poderá a qualquer tempo ser alterado, suspenso ou cancelado no caso do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para cadastramento.

9 – DO VALOR

9.1 – Para Consultas Especializadas e Exames Diagnósticos, quando inclusos, a remuneração será conforme Tabela de Valores, na forma do **Anexo V**.

9.2 – Para Exames Diagnósticos quando não inclusos na Consulta Especializada, a remuneração será conforme Tabela de Valores, na forma do **Anexo VI**.

9.3 – Para os Serviços Profissionais, nas internações clínicas e/ou cirúrgicas, a remuneração será conforme **Tabela SIA/SUS, acrescida de 100% (cem por cento)**.

9.4 – Para os Serviços Hospitalares a remuneração será conforme **Tabela SIA/SUS, acrescida de 100% (cem por cento)**.

10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE

10.1 O valor dos procedimentos indicados no item 9 não sofrerá reajuste no período de vigência do contrato, exceto aqueles vinculados a Tabela SIA/SUS.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

11 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os pagamentos dos serviços se condicionam ao recebimento pelo Consórcio da produção correspondente ao serviço prestado, e será feito mediante depósito em conta corrente do credor no Banco do Brasil S/A., ou outra forma, desde de que assumam os ônus que porventura existirem. Qualquer atraso nesse repasse será entendido como caso fortuito, alheio à vontade do Consórcio e não o sujeitará a atualização monetária, incidência de juros ou quebra de contrato.

11.1 – O Consórcio efetuará o pagamento de acordo com o número de atendimentos realizados, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas pelos municípios consorciados.

O pagamento estará condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos Encargos Previdenciários, conforme disposto no § 2º do Artigo 71 da Lei 8.666/93, além da nota fiscal, e dos comprovantes dos atendimentos realizados, os quais deverão ser entregues na secretária administrativa do Consórcio até o quinto dia útil do mês subsequente a realização dos atendimentos.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – **Pessoa Jurídica**

13 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

13.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

14 – RECURSOS

14.1 – É assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93.

15 – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto serão prestados pela Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente. Telefone para contato: (65) 3325-1374.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

15.2 – O foro da cidade de Tangará da Serra – MT., será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

16 – ANEXOS

16.1 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos.

- I. Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Jurídica);
- II. Modelo de Declaração de Idoneidade;
- III. Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;
- IV. Informe da prestação de serviços
- V. Tabela de Valores Consultas Especializadas;
- VI. Tabela de Valores Exames Diagnósticos;

Tangará da Serra – MT., 25 de Fevereiro de 2013.

**JUCELIA COELHO DA SILVA
PRESIDENTE/CPL**



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO I – PESSOA JURÍDICA

(Em papel timbrado da empresa interessada)

Ao **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**

_____, abaixo qualificado, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013, divulgado pelo **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, objetivando a prestação de serviços médicos na especialidade de _____

Nome

Endereço

CNPJ

CEP

Cidade

Estado

Profissional Responsável

Nome

CRM

RG

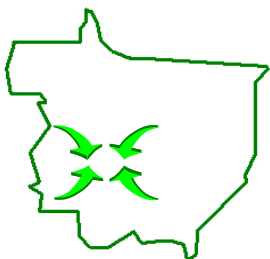
CPF

Especialidade

Local, ___ de _____ de 2013.

Nome e assinatura do representante legal

Obs.: Firma Reconhecida



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO II

(Em papel timbrado da empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

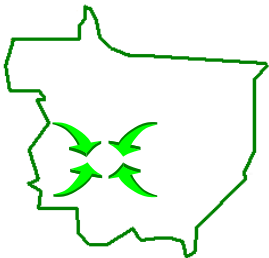
Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013, instaurado pelo **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, que não sou(somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo(amos) o(a) presente.

Local ___ de _____ de 2013.

nome e assinatura do representante legal

Obs.: Firma Reconhecida



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO III

(Em papel timbrado da empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

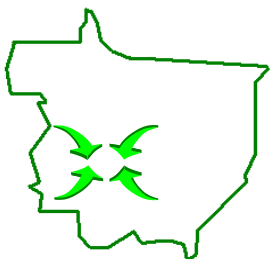
Declaramos, para os fins de direito, na qualidade de Credenciando do Cadastramento de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2013, instaurado pelo **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, que cumprimos o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade firmamos a presente.

Local, ____ de _____ de 2013

Assinatura do Responsável Legal.

Obs.: Firma Reconhecida



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO IV

(Em papel timbrado da empresa interessada)

CHAMAMENTO PÚBLICO 02/2013

A finalidade do presente é informar ao **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, que a partir da assinatura do termo contratual, estarei(emos) iniciando a prestação dos serviços credenciados por meio do Chamamento Publico 02/2013 aos pacientes dos municípios consorciados.

Endereço para atendimento : _____.
Telefone para contato e agenda e endereço eletrônico: _____.

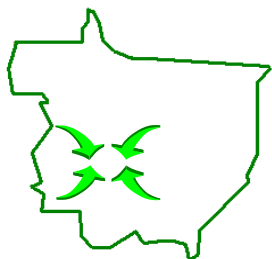
A média de atendimentos possíveis por semana, dias da semana e horário para atendimento:

Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos do **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE**, que nos serão cedidos.

Atenciosamente,

Assinatura do Responsável Legal

Obs.: Firma Reconhecida



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO V

TABELA DE VALORES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS, EM VIGOR A PARTIR DE 01.02.2013

ESPECIALIDADE	VALOR	SERVIÇO
Alergeologia/imunodermatologia	46,00	Consulta
Buco-maxilo-facial	46,00	Consulta
Cirurgia Geral	46,00	Consulta
Gastroenterologia	46,00	Consulta
Ginecologia/Obstetrícia	46,00	Consulta
Geriatria	46,00	Consulta
Infectologia	46,00	Consulta
Pediatria	46,00	Consulta
Pneumologia	46,00	Consulta
Cirurgia Plástica Reparadora	46,00	Consulta
Anestesiologia	46,00	Consulta
Angiologia/Cirurgia Vascular	54,00	Consulta e Doppler de ondas contínuas
Dermatologia	54,00	Consulta, Biópsia, eletro cauterização, crio terapia
Endocrinologia	54,00	Consulta e Bioimpedância
Mastologia	54,00	Punção de agulha fina
Otorrinolaringologia*	54,00	Consulta, retirada de corpo estranho, lavagem de ouvido, cauterização da faringe, cauterização do ouvido
Traumatologia/Ortopedia**	54,00	Consulta, gesso, retirada de corpo estranho em ambulatório, pequenas suturas
Urologia	54,00	Consulta, peniscopia, cauterização de condiloma, cauterização de molusco contagioso
Nefrologia	54,00	Consulta
Psiquiatria	73,00	Consulta
Cardiologia	73,00	Consulta e Eletrocardiograma
Neurologia	73,00	Consulta e Eletro encefalograma
Oftalmologia***	73,00	Consulta, retirada de corpo estranho, curativos, outros procedimentos feito no Consultório. Exames: tonometria, mapeamento de retina, curva tencional de pressão, teste ortóptico, potencial de acuidade visual, ceratometria, filme lacrimal, eco biometria e gonioscopia.

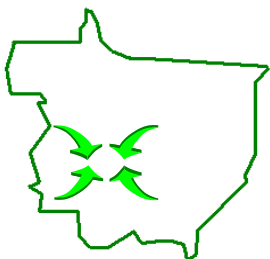
* Pacote de Cirurgia: Adenoidectomia, Amigdalectomia ou Adenoamigdalectomia no valor de R\$ 900,00, incluindo: Consulta Especializada, Serviços Hospitalares e Equipe Cirúrgica: Cirurgião, Assistente e Anestesiologista. (Opcional)

**Não inclui Raios-X.

*** Procedimento Cirúrgico para perfuração de córnea o valor de R\$ 2.500,00.

Em todas as especialidades, retorno dos pacientes 30 dias.

Rua Benedito Pereira de Oliveira, 53-N – Centro – TANGARÁ DA SERRA-MT
CEP: 78300-000 – Fone/Fax: (0XX65) 3325-1374, 8401 2563– e-mail: cismnorte@terra.com.br

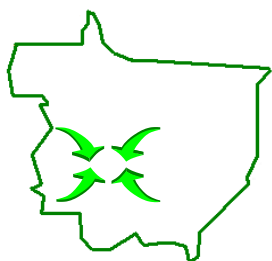


CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ANEXO VI

TABELA DE VALORES EXAMES DIAGNÓSTICOS

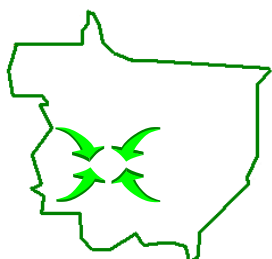
RADIODIAGNÓSTICO	VALOR
Abdômen Agudo	R\$ 30,00
Abdômen Simples	R\$ 30,00
Adenóides (CAVUM)	R\$ 30,00
Antebraço	R\$ 30,00
Arcos zigomáticos, Malar, Estilóides	R\$ 30,00
Articulação Acrômio-clavicular	R\$ 30,00
Articulação Coxo-Femural	R\$ 30,00
Articulação Escápulo-Umeral	R\$ 30,00
Articulação Tíbio-Társica (Tornozelo)	R\$ 30,00
Articulações Sacro-Iliacas	R\$ 30,00
Articulações Temporo-mandibular bilateral	R\$ 30,00
Bacia	R\$ 30,00
Braço	R\$ 30,00
Calcâneo	R\$ 30,00
Clavícula	R\$ 30,00
Coluna Cervical	R\$ 30,00
Coluna Dorsal (Torácica)	R\$ 30,00
Coluna Lombo-Sacra	R\$ 30,00
Conduitos Auditivos Internos	R\$ 30,00
Costelas por Hemitórax (arcos costais).	R\$ 30,00
Cotovelo	R\$ 30,00
Coxa (fêmur)	R\$ 30,00
Crânio	R\$ 30,00
Escanometria	R\$ 30,00
Esterno	R\$ 30,00
Joelho	R\$ 30,00
Mão ou Quirodáctilos	R\$ 30,00
Mãos e Punhos para Idade Óssea	R\$ 30,00
Omoplata ou Ombro-funcional	R\$ 30,00
Órbitas	R\$ 30,00
Ossos da Face	R\$ 30,00
Panorâmica de Mandíbula	R\$ 30,00
Pé ou Pododáctilos	R\$ 30,00
Perna	R\$ 30,00
Punho	R\$ 30,00
Rótula	R\$ 30,00
Sacro-Cóccix	R\$ 30,00
Seios da Face	R\$ 30,00
Sela Túrscica	R\$ 30,00
Densitometria Óssea	R\$ 133,00
Mamografia Bilateral	R\$ 97,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

ECOGRAFIA	VALOR
Abdômen Superior	R\$ 98,00
Abdômen Total	R\$ 147,00
Aparelho Urinário	R\$ 98,00
Articulações	R\$ 98,00
Bolsa Escrotal	R\$ 98,00
Craniana	R\$ 98,00
Doppler Arterial de Membro Inferior (cada membro)	R\$ 278,00
Doppler Arterial de Membro Superior (cada membro)	R\$ 278,00
Doppler de Artérias Carótidas	R\$ 264,00
Doppler de Artérias Carótidas e Vertebrais	R\$ 308,00
Doppler Venoso de Membro Inferior	R\$ 278,00
Doppler Venoso de Membro Superior	R\$ 278,00
Doppler 1;2;3 vasos (mama, bolsa escrotal, ovários, obstétrica, obstétrica gemelar)	R\$122,00 + vlr exame da área/órgão
Hipocôndrio Direito	R\$ 98,00
Obstétrica	R\$ 98,00
Obstétrica Gemelar	R\$ 196,00
Obstétrica com Perfil Biofísico Fetal	R\$ 98,00
Obstétrica Morfológica	R\$ 147,00
Obstétrica Morfológica Gemelar	R\$ 275,00
Obstétrica + Translucência Nucal	R\$ 98,00
Obstétrica TV - TN	R\$ 98,00
Obstétrica TV (1º Trimestre)	R\$ 98,00
Olho	R\$ 147,00
Órgãos e Estruturas Superficiais	R\$ 98,00
Pélvica (Ginecológica)	R\$ 98,00
Pélvica (Transvaginal)	R\$ 98,00
Próstata Via- Trans-Retal	R\$ 122,00
Próstata Via-Abdominal	R\$ 98,00
Refluxo	R\$ 183,00
Retroperitônio, grandes vasos e suprarenais	R\$ 122,00
Transvaginal (controle ovulação)	R\$ 134,00

TOMOGRÁFIAS	VALOR
Tomografia de Bacia	R\$ 339,00
Tomografia de Abdômen Inferior	R\$ 339,00
Tomografia de Abdômen Superior	R\$ 339,00
Tomografia de Articulações	R\$ 269,00
Tomografia de Braço, Coxa, Pé	R\$ 269,00
Tomografia de Coluna Cervical	R\$ 269,00
Tomografia de Coluna Lombar	R\$ 269,00
Tomografia de Crânio	R\$ 269,00

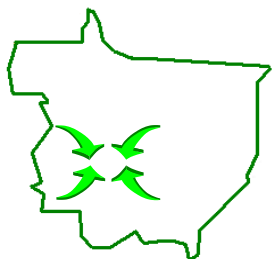


CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

Tomografia de Face – ATM	R\$	269,00
Tomografia de Órbitas (olhos)	R\$	269,00
Tomografia de ouvido, mastoide, ossos temp	R\$	269,00
Tomografia de Pescoço	R\$	269,00
Tomografia de Seios da Face	R\$	269,00
Tomografia de Tórax	R\$	335,00
Tomografia Segmento Adicional	R\$	73,00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
RM Abdômen Superior	R\$ 488,00
RM Coluna Cervical	R\$ 488,00
RM Coluna Dorsal	R\$ 488,00
RM Coluna Lombar	R\$ 488,00
RM Cotovelo	R\$ 488,00
RM Coxa	R\$ 488,00
RM Crânio	R\$ 488,00
RM Joelho	R\$ 488,00
RM Mão	R\$ 488,00
RM Mastóides	R\$ 488,00
RM Ombro	R\$ 488,00
RM Órbitas	R\$ 488,00
RM Pé	R\$ 488,00
RM Pelve	R\$ 488,00
RM Perna	R\$ 488,00
RM Sela Túrcica	R\$ 488,00
RM Tórax	R\$ 488,00
RM Tornozelo	R\$ 488,00

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	VALOR
Dacriocistografia	R\$ 166,00
E.E.D.	R\$ 182,00
Enema Opaco	R\$ 243,00
Fistulografia	R\$ 219,00
Histerossalpingografia	R\$ 219,00
Pneumoartrografia do Joelho	R\$ 198,00
Sialografia (por glândula)	R\$ 198,00
Trânsito Intestinal	R\$ 201,00
Uretrocistografia Miccional	R\$ 231,00
Uretrocistografia Retrograda	R\$ 231,00
Urografia Excretora	R\$ 231,00
Urografia Venosa	R\$ 231,00
Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 210,00
Retossigmoidoscopia (com biopsia se indicado)	R\$ 135,00
Colonoscopia (com biopsia se indicado)	R\$ 627,00
Paquimetria Visual	R\$ 105,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE

Biometria Metrossonica Visual	R\$	168,00
Ecocardiograma	R\$	200,00
Ecocardiograma Pediátrico	R\$	220,00
Teste Ergométrico	R\$	150,00
M A P A	R\$	200,00
Holter 24hs	R\$	220,00
Exame Imunológico para Urticária	R\$	489,00
Exame Imunológico Patch bateria padrão GBEDC com cosméticos	R\$	489,00
Exame Imunológico Doenças Alérgicas	R\$	452,00
Exame Imunológico Imunidade Celular	R\$	364,00
Exame Imunológico Provocação Sistêmica para alergia a medicamentos	R\$	753,00
Exame Imunológico Teste Estamínico	R\$	272,00
Teste da Orelhinha	R\$	37,00
Audiometria Tonal	R\$	53,00
Imitanciometria	R\$	32,00
Audiometria Condicionada/Infantil	R\$	73,00
Processamento Auditivo Central	R\$	157,00
Testes Vestibulares (com estimulação calórica)	R\$	188,00
PAF (Tireóide) 01 nódulo	R\$	250,00
PAF (Tireóide) 01 nódulo adicional - valor de 1 nódulo +	R\$	150,00
PAF (Tireóide) 02 nódulos adicionais - valor de 1 nódulo +	R\$	250,00
PAF (Tireóide) 03 nódulos adicionais - valor de 1 nódulo +	R\$	350,00