



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

CONTRATO ADMINISTRATIVO N.º003/2017-SMS

CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI FAZEM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE OURILÂNDIA DO NORTE, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E DE OUTRO LADO O HOSPITAL SANTA LÚCIA LTDA, VISANDO A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, POR INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO.

Pelo presente instrumento de contrato administrativo de um lado o MUNICÍPIO DE OURILÂNDIA DO NORTE-PARÁ, com sede na PREFEITURA MUNICIPAL, na figura da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURILÂNDIA DO NORTE, pessoa jurídica de direito público, localizado na Avenida Goiás, 1.825, inscrito no CNPJ sob o nº 11.441.605/001-34, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **MARINALVA SOARES DA SILVA**, brasileira, divorciada, pecuarista, portadora do RG Nº. 2234375 SSP/PA, inscrita no CPF/MF Nº. 328.337.842 - 87, residente e domiciliado na Rua Alagoas, s/n, cooperlândia, Ourilândia do Norte - PA, de ora em diante denominados simplesmente de, **CONTRATANTE** e de outro a empresa **HOSPITAL SANTA LÚCIA LTDA**, com sede na Avenida das Nações, nº 1736, Centro, nesta cidade de Ourilândia do Norte - Pará, inscrito no CGC sob o nº 14.127.104/0001-76, com Contrato Social arquivado na **JUCEPA sob o nº 152.0027101.9** contendo 13 alterações, sendo a última alteração contratual registrada na **JUCEPA sob o nº 15200271019**, neste ato representado por sua PROCURADORA senhora **LUZIA RIBEIRO DA SILVA**, brasileira, auxiliar administrativa, portadora da cédula de identidade nº 6006122-PC/PA, CPF/MF nº 972.672.332-72, residente e domiciliada na Rua Roraima 19, nº 1479, bairro aeroporto, Ourilândia do Norte - Pa doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Lei Orgânica do Município, as Leis 8080/90 e 8142/90; as normas gerais da lei 8.666/93 de Licitações e Contratos Administrativos, com as alterações posteriores, sob referência, fundamentada no caput do artigo 25, da lei federal 8.666/93, resolve celebrar o presente contrato de prestação de serviços, mediante o processo de inexigibilidade de licitação 003/2017 – SMS e cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem como objeto a prestação de **SERVIÇOS DE SAÚDE AMBULATORIAL COMPREENDENDO PROCEDIMENTOS DE BAIXA E MEDIA COMPLEXIDADE CONSTANTE NA TABELA DIFERENCIADA ANEXA**, pelo **CONTRATADO**, integrante da rede privada de serviços de saúde localizada no município



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

de Ourilândia do Norte - Pará, de FORMA COMPLEMENTAR AOS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL, conforme o disposto nas cláusulas seguintes e com o discriminado na Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra e Tabela de Preços anexa, elaborada a partir de valores regionais de oferta de serviços de saúde, tomando-se como base o menor valor de mercado e adequadas à necessidade local e à necessidade local e à programação físico – orçamentária do CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços ora CONTRATADOS, referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo CONTRATADO, com sede à Av. das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte - PA, com Alvará de Licença de Funcionamento expedida pela Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte - Pa, sob o n.º 0056/2017 e sob a responsabilidade técnica da diretora clínica, **Dra. MARCIA HELENA CASANOVA PEREIRA VELOSO**, brasileira, divorciada, médica, portadora da carteira de identidade nº 1351708 3ª via PC/PA, CIC nº 134.895.852-91 com sede à Av. das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte – PA.

§ 1º - A eventual mudança de endereço do estabelecimento do CONTRATADO deverá ser imediatamente comunicada ao **CONTRATANTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico, também será comunicada ao **CONTRATANTE**, bem como as alterações cadastrais que impliquem mudanças nos valores contratados.

§ 2º - Os serviços executados pelo **CONTRATADO** deverão atender as necessidades do **CONTRATANTE**, que encaminhará os usuários do SUS/ON, em consonância com a planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra e obedecerá ao seguinte fluxo:

I – A Assistência ambulatorial compreende: consultas, procedimentos médicos, pequenas cirurgias, assistência prestada por pessoal de enfermagem, serviços auxiliares de diagnose e terapia e outros especificados em Planilha anexa.

II – Todas as consultas e serviços auxiliares de diagnose e terapia previstos neste Contrato, deverão estar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte – Pará.

III – Os encaminhamentos para as consultas e os serviços auxiliares de diagnose e terapia serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo normas expedidas pelo **CONTRATANTE**, dentro dos limites estabelecidos por este, de acordo com a Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra.

IV – Os casos de urgência e emergência, serão autorizados, segundo limite fixado pelo **CONTRATANTE**, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos plantonistas do setor de pronto atendimento da Unidade Mista de Saúde de Ourilândia do Norte, salvo

Jaqueline Ribeiro dos Santos



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

casos de impossibilidade técnica ou operacional quando será facultado o atendimento direto pelo CONTRATADO, também segundo limite fixado pelo CONTRATANTE. Nas situações de urgência ou de emergência o médico responsável pelos serviços ambulatoriais do contratado procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade do atendimento.

V – O CONTRATANTE estabelecerá normas para definir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de exames subsequentes, o local de revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o CONTRATADO e a satisfação do usuário do SUS/ON.

CLÁUSULA TERCEIRA – NORMAS GERAIS E DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos incisos I, II e III do § 1º desta cláusula, são admitidos nas dependências do contratado para prestar serviços decorrentes de contrato celebrado, em separado, com o CONTRATANTE.

§ 1º - Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento CONTRATADO:

I – O membro do seu corpo clínico;

II – O profissional que tenha vínculo empregatício com o CONTRATADO;

III – O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviços ao CONTRATADO.

IV – O profissional autônomo autorizado pelo CONTRATADO a exercer a profissão nas suas dependências.

§ 2º - Equipara-se ao profissional autônomo, definido nos incisos III e IV do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

I – é vedada a cobrança por serviços médicos, as doações em dinheiro ou o fornecimento de material ou medicamento para serviços auxiliares de diagnose e terapia a nível ambulatorial, que estejam incluídos na Planilha em anexo, por pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

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

§ 3º - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste contrato, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da Lei

Lauro Ribeiro da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

8.080 de 19 de setembro de 1.990 e do Decreto Federal nº 1.651 de 28 de setembro de 1.995.

§ 4º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a contratação e utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os vencimentos e os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

§ 5º - O CONTRATADO fica obrigado a informar, semanalmente, a quantidade de procedimentos ambulatoriais e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia realizados, autorizados nos termos deste contrato, bem como a fonte de encaminhamento.

§ 6º - O CONTRATADO exime-se da responsabilidade pelo não atendimento de paciente amparado pelo SUS/ON, na hipótese de atraso de 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo poder público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna e/ou as situações de urgência ou emergência.

§ 7º - O CONTRATADO se obriga ainda a:

I – manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

II – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

III – atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, considerando os critérios da equidade e mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

IV – afixar aviso, em local visível, de sua condição de Entidade Prestadora de Serviços de Saúde Ambulatorial, de SADT – Serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia, contratada de forma complementar aos serviços públicos do contratante, atendendo os procedimentos constantes na Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra, dentro dos limites estipulados neste Contrato.

V – admitir, em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura hospitalar, desde que respeitadas as exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pelo CONTRATANTE.

VI – justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional necessário à realização dos procedimentos previstos neste contrato.

VII – permitir a visita do paciente em observação, respeitando-se a rotina do serviço.

VIII – esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

IX – respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar, por escrito, a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

Lauro Ribeiro do Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

X – garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.

XI – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Infecção Hospitalar, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Ética Médica, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XIII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Óbito, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XIV – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Prontuário, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XV – Notificar o CONTRATANTE, situado na jurisdição do CONTRATADO, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

O CONTRATADO fica responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde e a terceiros a eles vinculados, que sejam decorrentes de falta de infraestrutura física do hospital; equipamentos danificados; escassez e/ou inexistência de materiais, medicamentos e insumos essenciais ao cumprimento do objeto deste contrato; falta de recursos humanos necessários à execução dos serviços ora contratados; danos causados pela inexistência ou irregularidade das comissões necessárias; e outros problemas que caracterizem falta de estrutura e organização do hospital.

§ 1º - A fiscalização ou acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da SMS, não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - A responsabilidade de que trata essa cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do artigo 14 da Lei 8.078 de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste contrato ficam vinculados às receitas do Fundo Municipal de Saúde, previstas no Orçamento Municipal e às transferências de recursos do Ministério da Saúde.

Os recursos necessários para execução das atividades ambulatoriais, consignadas no Fundo Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte são provenientes de transferências federais, estaduais e municipais mensais.

§ 1º - Os recursos necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no objeto do presente contrato terão a seguinte classificação orçamentária:

Jaqueline Ribeiro do Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

10.302.0238.2-071 – Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar.
3.3.90.39.00.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

CLÁUSULA SEXTA – DO PREÇO

O CONTRATANTE pagará, mensalmente, ao CONTRATADO, pelos serviços efetivamente prestados, a soma dos valores unitários de cada procedimento, conforme Tabela de Preço anexa, respeitando-se a Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra.

§ 1º - O valor total do presente Contrato está estimado em **R\$ 1.084.722,00** (um milhão oitenta e quatro mil setecentos e vinte e dois reais), pagável em 12 (doze) parcelas no valor mensal estimado de **R\$ 90.393,50** (noventa mil trezentos e noventa e três reais e cinquenta reais).

§ 2º - De acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO e as necessidades do CONTRATANTE, o valor total estimado para este contrato poderá sofrer variação de até 25% (vinte e cinco por cento) sobre a média estipulada.

§ 3º - Excepcionalmente, se houver alterações do Teto Financeiro Global do município em mais de 25% (vinte e cinco por cento) do valor atual, em decorrência de revisões da PPI – Programação Pactuada e Integrada do Estado, ou do advento de mudanças na Política de Saúde, a nível Estadual ou Federal, serão permitidos, mediante termo aditivo, acréscimos ou decréscimos proporcionais à alteração, até o máximo de 50% (cinquenta por cento) nos valores limites deste contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pelo Secretário Municipal de Saúde.

§ 4º - O CONTRATANTE se obriga a pagar exclusivamente os serviços por ele autorizados, não incorrendo em qualquer pagamento a não utilização plena dos serviços contratados.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA REVISÃO DE PREÇO

Os valores estipulados poderão ser revistos tendo-se como parâmetro os reajustes concedidos pela tabela de procedimentos do SUS editada pelo Ministério da Saúde – MS e a variação do preço de mercado, levando-se em consideração as disponibilidades dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, garantindo-se o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos da lei federal de licitações e contratos administrativos.

Lauro Ribeiro do Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

A apresentação das contas e as condições de pagamento serão feitos conforme o disposto abaixo:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, em duas vias de igual forma e teor, o Relatório Sumário de Procedimentos Realizados; a Relação Nominal de Pacientes Atendidos com os Respectivos Procedimentos, constando, em anexo, as autorizações de atendimentos individuais; bem como, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, para apreciação do setor de controle, avaliação e auditoria.

II – Para comprovação do valor da fatura e da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamentos, após a conferência dos documentos constantes do item I desta cláusula, o CONTRATANTE devolverá ao CONTRATADO, as 2^{as} vias do Relatório Sumário de Procedimentos Realizados, bem como as 2^{as} vias da Relação Nominal de Pacientes Atendidos com os Respectivos Procedimentos, devidamente protocolados, constando data de recebimento, assinatura ou rubrica de servidor do CONTRATANTE e aposição do carimbo da Secretaria Municipal de Saúde.

III - O CONTRATANTE terá o prazo de até 30 (trinta) dias úteis a contar da data limite de apresentação dos documentos do item I desta cláusula, para efetuar o pagamento ao CONTRATADO.

IV – Os relatórios e documentos referentes ao atendimento ambulatorial serão obrigatoriamente checados pelos órgãos competentes da SMS/ON.

V – Os documentos apresentados com falhas no preenchimento que não venham a afetar o mérito dos atendimentos e da cobrança, serão imediatamente devolvidos ao CONTRATADO para as correções cabíveis que deverão ocorrer no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado, salvo nos casos em que não for necessário a inutilização do original.

VI – As contas rejeitadas pelo serviço de processamento de dados serão imediatamente devolvidas ao CONTRATADO para as correções cabíveis, o que deverá ocorrer no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado.

VII – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do CONTRATANTE, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado nesse contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças quando houver, no pagamento seguinte.

Laizle Ribeiro dos Santos



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

VIII – As contas ambulatoriais rejeitadas quanto ao mérito do atendimento e/ou cobrança serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do CONTRATANTE, ficando à disposição do CONTRATADO, que ao ser notificado, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para apresentar recurso, que também será julgado no prazo máximo de 10 (dez) dias. Os procedimentos rejeitados em decorrência da não apresentação de defesa justificável ficarão retidos no setor de controle, avaliação e auditoria da SMS afim de que se procedam as providências cabíveis.

IX – Caso os pagamentos dos procedimentos ambulatoriais já tenham sido efetuados, fica o CONTRATANTE autorizado a debitar no mês seguinte o valor pago indevidamente, relativo aos procedimentos não realizados, indevidos ou impróprios.

CLÁUSULA NONA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelo CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, nos termos das normas e legislação pertinente, sem prejuízo à observância do cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato.

§ 1º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º - Semestralmente o CONTRATANTE vistoriará as instalações do CONTRATADO para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do CONTRATADO, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

§ 3º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO, poderá ensejar a rescisão deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre os serviços ora contratados, não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE, ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 5º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

§ 6º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

Lauro Ribeiro do Nascimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS.

A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste contrato, ou de dever originado da norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e modificações feitas pela Lei nº 8.883/94, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1.286/93, do Ministério da Saúde, ou seja:

- a) Advertência escrita;
- b) Multa de até 20% (vinte por cento) do valor mensal do contrato;
- c) Multa mora/ dia de até 1/60 (um sessenta avos) do valor mensal do contrato;
- d) Suspensão temporária do atendimento ambulatorial ora contratado; suspensão dos pagamentos e do direito de licitar ou contratar com a SMS/SUS/ON;
- e) Declaração de inidoneidade para contratação com a SMS/SUS/ON;
- f) Rescisão do contrato.

§ 1º - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada a sua avaliação na situação e circunstância objetivas em que ele ocorreu, através de auditoria assistencial ou inspeção, e dela será notificado o CONTRATADO.

§ 2º - As sanções previstas nas alíneas “a” e “c” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea “b”, conforme parágrafo terceiro do artigo 86 da Lei 8.666/93.

§ 3º - O valor da multa ou multa/mora/dia, será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

§ 4º - Na aplicação das penalidades previstas nas alíneas “a”, “b”, “c” e “d” o CONTRATADO terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso administrativo, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, gestor do SUS/ON.

§ 5º - A suspensão temporária do atendimento ambulatorial ora contratado será determinada até que o CONTRATADO corrija a omissão ou irregularidade específica, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias. A não correção da omissão ou irregularidade específica, findo esse prazo, possibilitará a aplicação das sanções previstas nas alíneas “e” e “f” desta cláusula.

§ 6º - A penalidade de rescisão poderá ser aplicada independentemente da ordem das sanções previstas nesta cláusula. A reincidência do CONTRATADO em qualquer irregularidade tornará o contrato passível de rescisão.

§ 7º - Da decisão do CONTRATANTE de rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Laércio Ribeiro da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

§ 8º - Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do parágrafo anterior, o CONTRATANTE deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias úteis e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva.

§ 9º - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula, não eximirá o direito do CONTRATANTE em exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos, que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS-ON, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

Constitui motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na cláusula décima.

§ 1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do contratante em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - Em caso de rescisão contratual por qualquer das partes, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, fica a critério do CONTRATANTE observar o prazo de até 120 (cento e vinte) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

A duração do presente contrato é de 12 (doze) meses, tendo o seu início em na publicação do extrato deste contrato no Diário Oficial de União, podendo ser prorrogado por igual período ou no máximo 12 (doze) meses.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Extrato será publicado nos murais da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, Secretaria Municipal de Saúde e no Diário Oficial da União, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da data de sua assinatura.

Laurea Ribeiro do Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE
Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará
CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 - 1289/1635

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO.

A legislação aplicável à execução deste contrato é composta pelas Leis Federais 8.080/90, 8.666/93, 8.883/94 e legislação complementar pertinente, fazendo parte integrante deste termo, todo o processo de inexigibilidade de licitação.

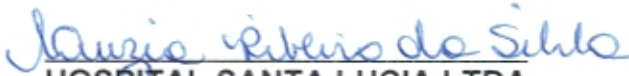
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Ourilândia do Norte - Pará, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E por estarem justas e contratadas, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor, para um só efeito legal, perante testemunhas abaixo assinadas.

Ourilândia do Norte – Pará, em 22 de fevereiro de 2017.


MARINALVA SOARES DA SILVA
Secretária Municipal de Saúde
CONTRATANTE


HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA
LUZIA RIBEIRO DA SILVA
Procuradora
CONTRATADO

Testemunhas:

1. _____

2. _____

14.127.104/0001-76

HOSPITAL SANTA LÚCIA LTDA

Av. das Nações s/n - Centro
68.390-000

Ourilândia do Norte

Pará



ANEXO - I

OBJETO: Prestação de Serviços no Ambulatorial de Urgência e Emergência e Sistema de Internações Hospitalares

PLANILHA ORÇAMENTARIA DOS SERVIÇOS						
		BLOCO 1-COLPOSCOPIA				
ITEM	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	UNID	QTDE	V. UNIT	VALOR TOTAL
1	021104002-9	Colposcopia	UNID	120	R\$ 28,00	R\$ 3.360,00
						R\$ 3.360,00
		BLOCO 2 - ENDOSCOPIAS				
1	020904002-5	Laringoscopia Direta para Retirada de Corpo Estranho	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
2	020901003-7	Gastro – Duodenoscopia Incluindo Biopsia - EDA	UNID	80	R\$ 42,00	R\$ 3.360,00
						R\$ 4.554,50
		BLOCO 3 - RADIOLOGIA				
1	-----	RADIOGRAFIA (RAIOS-X) obs.: Todas as radiografias passaram a custar R\$ 30,00 (trinta) reais cada.	UNID	2000	R\$ 25,00	R\$ 50.000,00
2	020401003-9	Orbitas – para a Obliquas Hirtz	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
3	020401004-7	Arcada Zigomatica – Malar AP+Obliquos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
4	020401005-5	Articulação Temporo Mandibular Bilateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
5	020401006-3	Adenóide - Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
6	020401006-3	Hipofaringe	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
7	020401007-1	Crânio – PA Lat. Obli. Bretton - Hirtz	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
8	020401007-1	Crânio – PA Lateral Bretton	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
9	020401008-0	Arco Zigomático – MALR –Estiloides AP Obliquas	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
10	020401008-2	Crânio PA e Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
11	020401009-8	Laringe	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
12	020401010-1	Mastóide ou Rochedo Bilateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
13	020401011-0	Maxilar Inferior PA Obliquos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
14	020401012-8	Ossos da Face – M.N Lateral Hirtz	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
15	020401014-4	Seios da FA F. N. M. N Lateral - Hirtz	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
16	020401015-2	Sela Turca AP Lateral Bretton	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
17	020402003-4	Coluna Cervical AP Lateral TO Obliquos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
18	020402004-2	Coluna Cervical AP Lateral T.O Flexão	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
19	020402005-0	Coluna Cervical Funcional ou Dinâmica	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
20	020402006-9	Coluna Lombo - Sacra	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
21	020402007-7	Coluna Lombo Sacra com Obliquos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
22	020402008-5	Coluna Lombo Sacra Funcional ou Dinâmica	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
23	020402009-3	Coluna Dorsal AP Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
24	020402010-7	Transição D- Lombar	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
25	020402010-7	Coluna Dorso – Lombar para Escolise	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
26	020402011-5	Coluna Dorso – Lombar para Escolise Dinâmica	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
27	020403006-4	Sacro - Coccix	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
28	020403006-4	Coração e Vasos da Base PA Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
29	020403007-2	Costela – por Hemitorax	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
30	020403007-2	Esterno	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00

Jaqueline Ribeiro de Silva

31	020403008-0	Esôfago	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
32	020403010-2	Mediastino PA e Perfil	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
33	020403012-9	Tórax APICP – Lordótica	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
34	020403013-7	Coração e Vasos da Base PA Lat. Obliquas	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
35	020403013-7	Tórax PA (Inspiração – Expiração) Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
36	020403014-5	Tórax PA Lat. Obliqua	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
37	020403015-3	Tórax PA e Perfil	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
38	020403017-0	Tórax P.A	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
39	020404001-9	Antebraço	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
40	020404002-7	Articulação Acrômio – Clavicular	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
41	020404003-5	Articulação Escapulo - Umeral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
42	020404004-3	Articulação Esterno - Clavicular	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
43	020404005-1	Braço	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
44	020404006-0	Clavícula	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
45	020404007-8	Cotovelo	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
46	020404008-6	Quirodáctilos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
47	020404009-4	Mão (Duas Incidências)	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
48	020404011-6	Omoplata ou Ombro Três Posições	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
49	020404012-4	Punho AP Lateral + Obliquos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
50	020405001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	UNID	2	R\$ 73,50	R\$ 0,00
51	020405011-1	Abdômen AP Lateral ou Localizada	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
52	020405012-0	Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
53	020405013-8	Abdômen Simples AP	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
54	020405014-6	Esôfago Hiato Estômago e Duodeno	UNID	2	R\$ 68,60	R\$ 1.372,00
55	020405018-9	Urografia Venosa com Bexiga Pré e Pos Micção (Simples ou com Macro- dose – Dripping)	UNID	2	R\$ 75,45	R\$ 150,90
56	020406006-0	Articulação Coxo – Femural (Cada Lado)	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
57	020406007-9	Articulação Sacro Iliaca	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
58	020406008-7	Articulação Tibio - Tarsica	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
59	020406009-5	Bacia	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
60	020406010-9	Calcâneo	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
61	020406011-7	Coxa	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
62	020406012-5	Joelho AP Lateral	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
63	020406013-3	Joelho ou Rotula –AP Lat. Axial	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
64	020406014-1	Joelho ou Rotula – AP Lat. Obliquas 3 Axiais	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
65	020406015-0	Pé ou Pododáctilos	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
66	020406016-8	Pernas	UNID	0	R\$ 30,00	R\$ 0,00
67	020406017-6	Panorâmica de Membros Inferiores	UNID	5	R\$ 35,70	R\$ 0,00
						R\$ 51.522,90
		BLOCO 4- CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS				
1	030101007-2	AVALIAÇÃO MÉDICA	UNID	4500	R\$ 35,00	R\$ 157.500,00
2	030101006-4	Consulta em Ginecologia – Obstetrícia	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
3	030101006-4	Consulta em Ginecologia	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
4	030101006-4	Consulta em Pediatria	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
5	030101006-4	Consulta Médica para Hanseníase	UNID	50	R\$ 35,00	R\$ 1.750,00
6	030101006-4	Consulta para Diagnostico Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	50	R\$ 35,00	R\$ 1.750,00
7	030101006-4	Acompanhamento Avaliativo/ Avaliação Portadores Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	50	R\$ 35,00	R\$ 1.750,00
8	030106003-7	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas	UNID	2000	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
9	030106005-3	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clinicas Básicas com RE	UNID	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00

laurea Ribeiro do silva

10	030106006-1	Atendimento Médico Especializado em Urgência e Emergência	UNID	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
11	-----	Laudo Periciais (Exame de corpo de delito, Conjunção Carnal, Atestado de Óbito e Laudo Cadavérico)	UNID	250	R\$ 100,00	R\$ 25.000,00
12	040101006-6	Sutura Simples de Pequenas Lesões	UNID	1000	R\$ 40,00	R\$ 40.000,00
13	030110015-2	Retirada de Pontos	UNID	150	R\$ 5,00	R\$ 750,00
14	-----	Aplicação de Soro Antiofídico, Sat e Similares	UNID	24	R\$ 40,00	R\$ 960,00
15	020101001-1	Ammiocentese	UNID	6	R\$ 50,00	R\$ 300,00
16	020101002-0	Biopsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	UNID	20	R\$ 32,00	R\$ 640,00
17	020101004-6	Biopsia Anu – Retal	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
18	020101007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	UNID	3	R\$ 32,00	R\$ 96,00
19	020101008-9	Biopsia de Aparelho Auricular C.A.E	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
20	020101010-0	Biopsia de Cordão Espermatoc (Unilateral)	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
21	20101016	Biopsia Endométrio p/ Aspiração Manual intra Uterina - AMIU	UND	3	R\$ 68,55	R\$ 205,65
22	020101017-8	Biopsia de Epididimo	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
23	020101019-4	Biopsia de Hipofaringe	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
24	020101019-4	Biopsia de Orofaringe	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
25	020101019-4	Biopsia do Cavum	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
26	020101021-6	Biopsia Hepática	UNID	3	R\$ 100,00	R\$ 300,00
27	020101022-4	Biopsia de Ganglio Linfático	UNID	3	R\$ 50,00	R\$ 150,00
28	020101023-2	Biopsia de Glândula Salivar	UNID	3	R\$ 32,00	R\$ 96,00
29	020101026-7	Biopsia de Bainha Tendinosa ou Tendão	UNID	3	R\$ 100,00	R\$ 300,00
30	020101028-3	Biopsia de Músculo	UNID	2	R\$ 35,00	R\$ 70,00
31	020101030-5	Biopsia de Omoplata	UNID	2	R\$ 120,00	R\$ 240,00
32	020101031-3	Biopsia Cirúrgica de Articulações Sacro- Iliaca	UNID	2	R\$ 120,00	R\$ 240,00
33	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos da Perna	UNID	2	R\$ 130,00	R\$ 260,00
34	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos do Pé	UNID	2	R\$ 130,00	R\$ 260,00
35	020101032-1	Biopsia Cirúrgica do fêmur	UNID	2	R\$ 130,00	R\$ 260,00
36	020101032-1	Biopsia de Tornozelo	UNID	2	R\$ 125,00	R\$ 250,00
37	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Cotovelo	UNID	2	R\$ 125,00	R\$ 250,00
38	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Punho	UNID	2	R\$ 125,00	R\$ 250,00
39	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Umero	UNID	2	R\$ 125,00	R\$ 250,00
40	020101033-0	Biopsia Cirúrgica em Ossos da Mão	UNID	2	R\$ 125,00	R\$ 250,00
41	020101034-8	Punção/ Biopsia de Ossos	UNID	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
42	020101034-8	Biopsia de Osso Mandibular	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
43	020101034-8	Biopsia de Osso Maxilar	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
44	020101035-6	Biopsia de Pálpebras	UNID	10	R\$ 25,00	R\$ 250,00
45	020101036-4	Biopsia de Pavilhão Auricular	UNID	10	R\$ 25,00	R\$ 250,00
46	020101037-2	Biopsia Pele, Tecido Celular ou Gânglio Subcutâneo	UNID	30	R\$ 25,00	R\$ 750,00
47	020101037-2	Biopsia de Parede Abdominal	UNID	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
48	020101038-0	Biopsia de Pênis	UNID	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
49	020101039-9	Biopsia de Pirâmide Nasal/ Exerece de Lesão	UNID	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
50	020101039-10	Biopsia do Nariz	UNID	2	R\$ 35,00	R\$ 70,00
51	020101040-2	Biopsia de Pleura com Agulha	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
52	020101044-5	Biopsia de Seios Paranasais	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
53	020101045-3	Biopsia Sinovial	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
54	020101046-1	Biopsia de Testículo - por Testículo	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
55	020101047-0	Biopsia de Paratireóide	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
56	020101047-0	Biopsia de Tireóide	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
57	020101047-0	Punção de Tireóide	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
58	020101050-0	Biopsia do Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 35,00	R\$ 70,00
59	020101051-8	Biopsia de Vulva	UNID	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
60	020101052-6	Biopsia de Tecido da Cavidade Bucal	UNID	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
61	020101052-6	Biopsia de Lábios	UNID	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
62	020101052-6	Biopsia de Língua ou de Glândulas Salivares	UNID	5	R\$ 35,00	R\$ 175,00
63	020101052-6	Biopsia de Boca	UNID	5	R\$ 35,00	R\$ 175,00
64	020101056-9	Biopsia Cirúrgica de Mama	UNID	24	R\$ 25,00	R\$ 600,00

Jaqueline Ribeiro do Silva

65	020101058-5	Punções ou Biopsia de Mama	UNID	24	R\$ 30,00	R\$ 720,00
66	020101061-6	Punção do Fundo de Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 25,00	R\$ 50,00
67	020101062-3	Punção Exploradora do Deferente	UNID	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
68	020101063-1	Punção Lombar c/ Raquimanometria	UNID	2	R\$ 40,00	R\$ 80,00
69	020101063-1	Punção Lombar para Coleta de Liquor	UNID	2	R\$ 40,00	R\$ 80,00
70	020101064-0	Punções Diagnosticas ou de Esvaziamento	UNID	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
71	020101066-6	Biopsia de Colo Uterino ou Endométrio	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
72	020901003-7	Polipectomia de Duodeno	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
73	020901003-7	Polipectomia de Esôfago	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
74	020901003-7	Polipectomia de Estomago	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
75	020903001-1	Histeroscopia Cirúrgica para Biopsia Dirigida e Remoção de Corpo Estranho	UNID	10	R\$ 125,00	R\$ 1.250,00
76	020904024-0	Vasostomia	UNID	5	R\$ 100,00	R\$ 500,00
77	021101001-4	Capilaroscopia	UNID	5	R\$ 110,00	R\$ 550,00
78	021104001-0	Ammioscopia	UNID	5	R\$ 8,00	R\$ 40,00
79	021104004-5	Histeroscopia Diagnostica	UNID	5	R\$ 100,00	R\$ 500,00
80	021109002-6	Cateterismo Uretral	UNID	25	R\$ 15,00	R\$ 375,00
81	030110010-3	Inalação/ Nebulização	UNID	500	R\$ 5,00	R\$ 2.500,00
82	030110015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias Básica – por paciente	UNID	250	R\$ 10,00	R\$ 2.500,00
83	030111001-8	Acompanhamento Paciente Médico e Grande Queimado – Atendimento Básico	UNID	10	R\$ 110,00	R\$ 1.100,00
84	030111002-6	Acompanhamento Paciente Pequeno Queimado – Atendimento Intermediário	UNID	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
85	030111002-6	Acompanhamento Pequeno Queimado – Atendimento Básica	UNID	10	R\$ 30,00	R\$ 300,00
86	030307003-0	Remoção Manual de Fecaloma	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
87	030307004-8	Retirada de Corpo Estranho de Esôfago	UNID	24	R\$ 80,00	R\$ 1.920,00
88	030307005-6	Retirada de Corpo Estranho de Estomago ou Duodeno	UNID	24	R\$ 80,00	R\$ 1.920,00
89	030308001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões (Até 5 Lesões)	UNID	12	R\$ 35,00	R\$ 420,00
90	030308002-7	Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	UNID	50	R\$ 25,00	R\$ 1.250,00
91	030309001-4	Artrocentese do Cotovelo	UNID	2	R\$ 25,00	R\$ 50,00
92	030309001-4	Artrocentese Escapulo Umeral	UNID	2	R\$ 25,00	R\$ 50,00
93	030309001-4	Artrocentese do Punho	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
94	030309001-4	Artrocentese da Articulação Coxo - Femural	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
95	030309001-4	Artrocentese do Joelho	UNID	2	R\$ 120,00	R\$ 240,00
96	030309004-9	Injeção Intra – Articulares	UNID	50	R\$ 18,00	R\$ 900,00
97	030309004-9	Tração Cutânea	UNID	2	R\$ 32,00	R\$ 64,00
98	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão do Quadril – AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
99	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulação Coxo – Femural AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
100	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Osso da Perna- Tibia e Fíbula	UNID	12	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00
101	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão Pélvica -AP	UNID	12	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
102	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Tornozelo Tipo Bota	UNID	12	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00
103	030309007-3	Revisão com Troca de Imobilização não Gessada em Lesão de Tornozelo Tipo Cruro POD.	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
104	030309008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral Toraco Lombar	UNID	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
105	030309009-0	Revisão Com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Antebraço AP Gessado Axilo Palmar	UNID	12	R\$ 120,00	R\$ 1.440,00
106	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Articula Acrômio Clavicular	UNID	12	R\$ 135,00	R\$ 1.620,00
107	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo / AP Gessado Axilo Palmar	UNID	12	R\$ 120,00	R\$ 1.440,00
108	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo/B AP Gessado Toraco – B	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00

Luiz Ribeiro da Silva

109	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero – TI AP Gessado Toraco Braquial	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
110	030309009-0	Revisão com troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulac Escapulo Umeral AP Gessado Toraco	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
111	030309009-0	Revisão com Troco de Aparelho Gessado em Punho – Luva Gessada	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
112	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Mão – Luva Gessada	UNID	12	R\$ 35,00	R\$ 420,00
113	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero Tipo Auxilio Palmar ou Pendente	UNID	12	R\$ 120,00	R\$ 1.440,00
114	030309010-3	Tratamento de Fratura de Osso Metacárpico com Luva Gessada	UNID	12	R\$ 40,00	R\$ 480,00
115	030309011-1	Revisão e Troca de Gesso em Lesão de Coluna Vertebral - Colete	UNID	12	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
116	030309011-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Coluna Vertebral	UNID	12	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
117	030309011-1	Revisão de tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
118	030309012-0	Tratamento de Fratura da Clavícula/ Velpeau Gessado	UNID	80	R\$ 130,00	R\$ 10.400,00
119	030309012-0	Tratamento de Fratura da Escápula/ Velpeau Gessado	UNID	80	R\$ 130,00	R\$ 10.400,00
120	030309012-0	Tratamento de Fratura/ Luxação/ Fratura- Luxação ao nível de Articulação Acrômio clavicular AP Gesso Toraco- B	UNID	80	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
121	030309014-6	Tratamento em Costelas com Imobilização não gessada	UNID	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00
122	030309015-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Aparelho Gessado Axilo - PA	UNID	80	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
123	030309016-2	Tratamento de Fratura de Flange com Tala de Alumínio ou Luva	UNID	80	R\$ 25,00	R\$ 2.000,00
124	030309016-2	Tratamento de Fratura do Punho com Luva Gessada	UNID	80	R\$ 120,00	R\$ 9.600,00
125	030309018-9	Tratamento de Fratura de Esterno com Imobilização não Gessada	UNID	80	R\$ 60,00	R\$ 4.800,00
126	030309020-0	Tratamento de Fratura/ Lesão Ligamento ao Nível do Joelho AP	UNID	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
127	030309020-0	Tratamento de Fratura de Diáfise Tibial e/ ou Fibular com Apa Gessado Cruro Pod.	UNID	80	R\$ 110,00	R\$ 8.800,00
128	030309020-0	Tratamento de Fratura do Retro-Pé e Médio – Pé com Bota Gessada	UNID	80	R\$ 50,00	R\$ 4.000,00
129	030309020-0	Tratamento de Fratura do Ante-Pé e Dedos com Bota Gessada	UNID	80	R\$ 110,00	R\$ 8.800,00
130	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Cruro Podálico	UNID	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
131	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Bota Gessada	UNID	80	R\$ 110,00	R\$ 8.800,00
132	030309020-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Femoral Proximal – Pelvi Podálico	UNID	80	R\$ 220,00	R\$ 17.600,00
133	0303090200-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Distal do Fêmur e/ou Proximal – Pelvi Podálico	UNID	80	R\$ 220,00	R\$ 17.600,00
134	030309021-9	Tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	24	R\$ 150,00	R\$ 3.600,00
135	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Axilo Palmar	UNID	80	R\$ 100,00	R\$ 8.000,00
136	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado- Toraco - B	UNID	80	R\$ 140,00	R\$ 11.200,00
137	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível dos Ossos do Antebraço com AP Gessado Axilo Pal	UNID	80	R\$ 130,00	R\$ 10.400,00
138	030309022-7	Tratamento de Fratura do úmero com Aparelho Gessado Toraco - Braquial	UNID	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
139	030309023-5	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização não Gessada Taraco	UNID	12	R\$ 220,00	R\$ 2.640,00
140	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral Torácica com Imobilização Gessada	UNID	12	R\$ 220,00	R\$ 2.640,00

Jaqueline Ribeiro do Siqueira

141	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização Gessada em M.	UNID	12	R\$ 220,00	R\$ 2.640,00
142	030309026-0	Tratamento de Lesão de Mecanismo Extensor com Tala de Alumínio (dedo)	UNID	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00
143	030309028-6	Tratamento de Lesão Ligamentar ao Nível do Tornozelo Retro	UNID	80	R\$ 150,00	R\$ 12.000,00
144	030309030-8	Tratamento Conservador de Osteomielite (MMSS)	UNID	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00
145	030601001-1	Coleta de Sangue (Não Cobrar p/ ser Utilizada em Paciente Internado)	UNID	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
146	030601003-8	Triagem Clínica de Doador (A) de Sangue	UNID	120	R\$ 20,00	R\$ 2.400,00
147	030602004-1	Sangria Terapêutica	UNID	120	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00
148	030602014-9	Transfusão da Unidade de Sangue Total	UNID	200	R\$ 25,00	R\$ 5.000,00
149	030903001-3	Cateterismo Vesical Evacuador	UNID	80	R\$ 10,00	R\$ 800,00
150	030903004-8	Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo Uterino ou Cauterização Química	UNID	120	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00
151	030904002-9	Drenagem de Abscesso de Epidídimo	UNID	300	R\$ 40,00	R\$ 12.000,00
152	040101001-5	Debridamento e Curativo de Escara ou Ulceração	UNID	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
153	040101001-5	Curativo com Debridamento em Pé Diabético	UNID	80	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
154	040101002-3	Curativo por Paciente	UNID	600	R\$ 50,00	R\$ 30.000,00
155	040101003-1	Excisão e Drenagem de Abscesso, Panarício, etc.	UNID	250	R\$ 35,00	R\$ 8.750,00
156	040101004-0	Eletrocoagulação(Granuloma, Verruga etc)	UNID	500	R\$ 40,00	R\$ 20.000,00
157	040101004-0	Eletrocoagulação de Lesões Cutâneas do pênis/ pubiana (Também Cauterização Química ou Criocauterização)	UNID	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
158	040101005-8	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	UNID	80	R\$ 25,00	R\$ 2.000,00
159	040101005-8	Excisão e Sutura de Leito Ungueal (Também Excisão e Sutura de Unha Encravada Pela Dobra Ungueal)	UNID	150	R\$ 50,00	R\$ 7.500,00
160	040101005-8	Ressutura	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
161	040101005-8	Exerese de Calo	UNID	250	R\$ 35,00	R\$ 8.750,00
162	040101005-8	Sutura de Ferimentos Extensos, com ou sem Debridamento	UNID	500	R\$ 110,00	R\$ 55.000,00
163	040101006-6	Excisão/ Sutura Simples Peq.Lesões de Pele/ Mucosa (Diversas, Incluindo em Pirâmide Nasal)	UNID	500	R\$ 35,00	R\$ 17.500,00
164	040101007-4	Excisão e Sutura de Tumores da Orelha	UNID	50	R\$ 110,00	R\$ 5.500,00
165	040101007-4	Exerese de Cisto Sebáceo	UNID	120	R\$ 35,00	R\$ 4.200,00
166	040101007-4	Exerese de Lipoma (Também Cisto, Nódulos e Outros Tumores Subcutâneos)	UNID	200	R\$ 35,00	R\$ 7.000,00
167	040101007-4	Exerese de Tumor de Pele	UNID	100	R\$ 110,00	R\$ 11.000,00
168	040101008-2	Frenectomia	UNID	25	R\$ 35,00	R\$ 875,00
169	040101009-0	Fulguração/ Cauterização Química de Lesões Cutâneas	UNID	100	R\$ 45,00	R\$ 4.500,00
170	040101010-4	Incisão e Drenagem de Hematoma	UNID	15	R\$ 35,00	R\$ 525,00
171	040101010-4	Incisão e Drenagem de Celulite	UNID	15	R\$ 35,00	R\$ 525,00
172	040101010-4	Incisão e Drenagem de Fleimão	UNID	36	R\$ 55,00	R\$ 1.980,00
173	040101010-4	Tratamento de Miiase Furunculoide	UNID	15	R\$ 35,00	R\$ 525,00
174	040101010-4	Drenagem de Abscesso ou Hematoma (do Septo Nasal)	UNID	24	R\$ 50,00	R\$ 1.200,00
175	040101011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	UNID	100	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00
176	040101013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço, por Aproximação (Exerese de Cisto ou Fistula Branquial ou de Tireoglossa)	UNID	2	R\$ 180,00	R\$ 360,00
177	040102008-8	Exerese de Cisto Sacro- Coccigeo	UNID	2	R\$ 110,00	R\$ 220,00
178	040305008-1	Neuroctomia Diferenciada de Nervos Periféricos Prof 27,28 Também Neuroma	UNID	2	R\$ 180,00	R\$ 360,00
179	040401005-9	Drenagem de Abscesso Faringeo	UNID	5	R\$ 110,00	R\$ 550,00
180	040401007-5	Drenagem de Furúnculo C. A. E.	UNID	5	R\$ 35,00	R\$ 175,00
181	040401009-1	Ducha de Politzer – por C. A. E.	UNID	2	R\$ 35,00	R\$ 70,00
182	040401012-1	Ressecção de Tumores da Face, por Via Externa ou Endobucal /N	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
183	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno de C. A. E. Pavilhão Auricular (Polipos; Cistos Pré- Auricular – Coloboma Auris etc)	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00

Janiza Ribeiro de Silva

184	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno Intranasal Prof. 18,34,72 e 85	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
185	040401015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	UNID	2	R\$ 15,00	R\$ 30,00
186	040401024-6	Miringotomia	UNID	2	R\$ 15,00	R\$ 30,00
187	040401027-0	Remoção de Cerumen de C. A. E.	UNID	24	R\$ 15,00	R\$ 360,00
188	040401030-0	Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva (CAE e Pavilhão Auricular) e Nasal (Nariz e Pirâmide Nasal)	UNID	120	R\$ 35,00	R\$ 4.200,00
189	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em C. A. E., Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
190	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em Faringe	UNID	12	R\$ 45,00	R\$ 540,00
191	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Faringe Sob Anestesia Geral	UNID	12	R\$ 110,00	R\$ 1.320,00
192	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Nariz Sob Anestesia Geral	UNID	24	R\$ 50,00	R\$ 1.200,00
193	040401034-2	Tamponamento Anterior (Epistaxe)	UNID	24	R\$ 50,00	R\$ 1.200,00
194	040401034-2	Tamponamento Antero – Posterior	UNID	24	R\$ 100,00	R\$ 2.400,00
195	040401039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	UNID	24	R\$ 100,00	R\$ 2.400,00
196	040402003-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco – Nasal	UNID	15	R\$ 180,00	R\$ 2.700,00
197	040402005-4	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexo	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
198	040402009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca (Também Excisão de Tumor)	UNID	70	R\$ 119,00	R\$ 8.330,00
199	040402009-7	Sutura de Ferida da Mucosa Bucal e Face	UNID	25	R\$ 60,00	R\$ 1.500,00
200	040402010-0	Excisão em Cunha do Lábio	UNID	25	R\$ 119,00	R\$ 2.975,00
201	040501004-4	Drenagem de Abscesso Palpebral	UNID	25	R\$ 35,00	R\$ 875,00
202	040501007-9	Exerese de Calázio	UNID	15	R\$ 35,00	R\$ 525,00
203	040503011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	UNID	10	R\$ 35,00	R\$ 350,00
204	040505025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea/ Esclera	UNID	70	R\$ 75,00	R\$ 5.250,00
205	040602009-4	Dissecção de Veia ou Artéria (Também Hemostasia de Varizes)	UNID	5	R\$ 50,00	R\$ 250,00
206	040602013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	UNID	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
207	040602014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma ou Nervos	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
208	040602020-5	Linfadenectomia Profunda	UNID	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00
209	040602029-9	Linfadenectomia Superficial	UNID	2	R\$ 75,00	R\$ 150,00
210	040701032-7	Esclerose de Varizes Esofagianas	UNID	6	R\$ 100,00	R\$ 600,00
211	040702012-8	Dilatação Digital ou Instrumental do Anus e/ ou Reto	UNID	6	R\$ 35,00	R\$ 210,00
212	040702013-6	Drenagem de Abscesso Anu - Retal	UNID	2	R\$ 90,00	R\$ 180,00
213	040702014-4	Drenagem de Abscesso Isquio – Retal	UNID	2	R\$ 80,00	R\$ 160,00
214	040702016-0	Eletrocauterização de Lesão Anal Transparietal	UNID	10	R\$ 55,00	R\$ 550,00
215	040702022-5	Excisão Local de tumor Anu Retal	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
216	040702037-3	Redução Manual de Procedência de Reto	UNID	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
217	040702039-0	Retirada de Corpo Estranho do reto	UNID	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
218	040704019-6	Paracentese Abdominal	UNID	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
219	040704021-8	Pneumoperitonio (Sessão)	UNID	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
220	040801012-6	Tratamento de Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
221	040801012-6	Tratamento de Fratura e Fratura – Luxação ao Nível da Cintura (Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
222	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – umeral com AP Gessado Toraco - B	UNID	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
223	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura- Luxação Escapulo – Umeral/ Velpeau	UNID	10	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
224	040802010-5	Fasciotomia Palmar	UNID	10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
225	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Axilo – Palmar (com Redução)	UNID	10	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
226	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Toraco – B (com Redução).	UNID	10	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
227	040802019-9	Tratamento de Fratura/ Fratura – Luxação Interessando Diafise Umeral AP Gess Toraco -B	UNID	30	R\$ 180,00	R\$ 5.400,00
228	040802022-9	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gess Axilo Palmar	UNID	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00

Jaquie Ribeiro da Silva

229	040802022-9	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gessado Toraco – B	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
230	040802024-5	Tratamento Fratura/ Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Punho AP Gess Axilo Palmar	UNID	30	R\$ 275,00	R\$ 8.250,00
231	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Braço)	UNID	25	R\$ 119,00	R\$ 2.975,00
232	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Antebraço)	UNID	25	R\$ 119,00	R\$ 2.975,00
233	040802030-0	Tenossinovite Abscesso de Mão e Dedos – por Drenagem	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,45
234	040804035-1	Tratamento em Articulação Coxo – Femural com Imobilização Gessada AP Gess Pelvi Pos.	UNID	15	R\$ 336,00	R\$ 5.040,00
235	040805019-5	Tratamento de Luxação, Fratura – Luxação, Fratura do Ante – Pá e Médio Pé – Bota Gessada	UNID	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
236	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Bota Gessada	UNID	30	R\$ 140,00	R\$ 4.200,00
237	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Cruro Pod.	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
238	040805022-5	Tratamento de Fratura da Diáfise Tibial Associada ou não a Fratura de Fíbula AP Gess Cruro Pod.	UNID	15	R\$ 140,00	R\$ 2.100,00
239	040805025-0	Tratamento de Fratura da Metáfise Distal do Fêmur e Proximal AP Gess Pelvi Pod.	UNID	15	R\$ 336,00	R\$ 5.040,00
240	040805026-8	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Joelho c/ AP Gessado Pelvi Podálico	UNID	30	R\$ 210,00	R\$ 6.300,00
241	040805029-2	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação/ Fratura do Retro – Pé Bota Gessada	UNID	25	R\$ 77,00	R\$ 1.925,00
242	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Coxa)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
243	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Perna)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
244	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Tornozelo)	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
245	040805033-0	Revisão de Coto Amputado Ossos do Pé	UNID	6	R\$ 105,00	R\$ 630,00
246	040806004-2	Amputação de Dedo – por Dedo (Quirodáctilos)	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
247	040806008-5	Ressecção de Bolsa Sinovial de Cotovelo	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
248	040806008-5	Ressecção Cirúrgica de Bolsa Pré- Rotuliana	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
249	040806008-5	Bursectomia	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
250	040806008-5	Cirurgia de Higroma	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
251	040806015-8	Manipulação para Correção de Contratura em Flexão de Joelho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
252	040806021-2	Ressecção de Cisto Sinovial (Outras Articulações)	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
253	040806022-0	Ressecção de Exostose	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
254	040806030-1	Ressecção Muscular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
255	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA (Transosseo)	UNID	24	R\$ 50,40	R\$ 1.209,60
256	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA (Intra Osseo)	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
257	040806042-5	Revisão do Coto Amputado (Punho ou Dedo)	UNID	10	R\$ 105,00	R\$ 1.050,00
258	040806045-0	Miorrafia	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
259	040806045-0	Miotomia	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
260	040806045-0	Tenorrafia	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
261	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia não Articulada	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 350,00
262	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia Articulada	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
263	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia de 2 Dígito	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
264	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia Múltipla	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
265	040806068-9	Tratamento Cirúrgico da Rutura do Aparelho Extensor do Dedo	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
266	040901009-0	Cistostomia Supra Pubica	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
267	040901035-9	Punção ou Aspiração Vesical	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
268	040902001-0	Incisão e Drenagem de Abscesso Peri- Uretral	UNID	15	R\$ 63,00	R\$ 945,00

laureia rebeiro do silva

269	040902002-8	Incisão e Drenagem de Fleimão Urinoso	UNID	15	R\$ 50,40	R\$ 756,00
270	040902007-9	Meatotomia Simples	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
271	040902008-7	Ressecção de Caruncula	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
272	040904001-0	Drenagem de Abscesso de Bolsa Escrotal	UNID	24	R\$ 63,00	R\$ 1.512,00
273	040904002-9	Drenagem do Deferente	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
274	040904006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	UNID	12	R\$ 63,00	R\$ 756,00
275	040904007-0	Exerese de Cisto de Epididimo	UNID	12	R\$ 210,00	R\$ 2.520,00
276	040904008-8	Exerese de Cisto de Cordão Espermatóico	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
277	040904010-0	Exploração Cirúrgica do Deferente	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
278	040905003-9	Correção de Parafimose	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
279	040905005-9	Incisão de Prepúcio	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
280	040905006-7	Plástica de Freio Balano - Prepuçial	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
281	040905008-3	Postectomia	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
282	040906001-1	Cerclagem do Colo Uterino	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
283	040906004-6	Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo	UNID	15	R\$ 119,45	R\$ 1.791,75
284	040906006-2	Dilatação do Colo Uterino	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
285	040906009-7	Excisão de Polipo Uterino	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
286	040907012-2	Incisão e Drenagem de Glandula de Bartholine ou Skene	UNID	5	R\$ 50,40	R\$ 252,00
287	040907014-9	Exerese de Cisto Vaginal (e Outras Lesões Benigna)	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
288	040907015-7	Bartolinctomia	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
289	040907015-7	Exerese de Glandula de Skene	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
290	040907016-5	Extirpação de Lesão de Vulva/ Perineo (Eletrocoagulação ou Fuguração) Também	UNID	80	R\$ 42,00	R\$ 3.360,00
291	040907017-3	Extração de Corpo Estranho na Vagina	UNID	24	R\$ 119,45	R\$ 2.866,80
292	040907018-1	Himenotomia	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
293	041001001-4	Incisão e Drenagem de Abscesso de Mama	UNID	35	R\$ 119,45	R\$ 4.180,75
294	041001002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
295	0401001003-0	Extirpação de Mama Supranumerária	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
296	041001003-0	Xextirpação de Mamilos	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
297	041001008-1	Plástica Mamária Masculina	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00

Laucia Ribeiro do Silho

298	041001010-3	Reversão de Mamilo Invertido	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
299	041101001-8	Descolamento Manual da Placenta	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
300	041101006-9	Ressutura de Episiorrafia Pós - Parto	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
301	041101007-7	Sutura de Laceração de Trajeto Pélvico (Parto Antes da ADMI)	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
302	041102001-3	Curetagem Pós Abortamento	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
303	041201005-8	Curativo Pós Alta	UNID	25	R\$ 21,00	R\$ 525,00
304	041201006-2	Punção Traqueal com Aspiração/ Traqueostomia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
305	041204014-0	Toracocentese	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
306	041301002-3	Primeiro Atendimento em Pacientes com Pequenas Queimaduras	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
307	041301003-1	Curativo Grande Pós Alta	UNID	20	R\$ 49,00	R\$ 980,00
308	041301004-0	Curativo Médio Pós Alta	UNID	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
309	041301005-8	Curativo Pequeno Pós Alta	UNID	20	R\$ 21,00	R\$ 420,00
310	041304001-1	Autonomização de Retalho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
311	041304015-1	Transecção de Retalhos (Também Excisão e Sutura com Rotação de Retalhos e Plástica em "Z")	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
312	041401022-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão dos Ossos da Face	UNID	10	R\$ 90,00	R\$ 900,00
313	041401029-9	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
314	041401029-9	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	5	R\$ 119,00	R\$ 595,00
315	041401030-2	Tratamento dos Ossos do Nariz	UNID	5	R\$ 84,00	R\$ 420,00
316	041401031-0	Tratamento do Arco Zigomático	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
317	041401033-7	Fratura de Mandíbula por Hemiface	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
318	041401033-7	Tratamento de Luxação Temporo - Mandibular	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
319	041402010-3	Remoção de Calculo Salivar	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
320	041402017-0	Glossorrafia	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
321	041402023-5	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
322	041402026-0	Remoção de Corpo Estranho da Região - Maxilo - Facial	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
323	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Extra Oral	UNID	5	R\$ 140,00	R\$ 700,00
324	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Intra Oral	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
325	041504001-9	Cateterismo de Veia Central por Punção	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
326	041504004-3	Debridamento de Úlcera ou Necrose	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
327	041701005-2	Anestesia Regional	UNID	500	R\$ 49,04	R\$ 24.519,90
328	070105001-2	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporos Fechada	UNID	8	R\$ 7,30	R\$ 58,40
329	070105002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Drenável e/ou Fechado	UNID	8	R\$ 9,00	R\$ 72,00
						R\$ 1.025.284,60
VALOR GERAL						R\$ 1.084.722,00

(um milhão e oitenta e quatro mil e setecentos e vinte e dois reais)

Outilândia do Norte - PA, em 22 de fevereiro 2017

Lauro Ribeiro da Silva