



**PROCESSO LICITATÓRIO N.º 011/2023**

**CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE N.º 004/2023**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 028/ 2023**

Que entre si, celebram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço/MG, sediada na Rua Visconde de Mauá, n.º 594, Cidade Nobre em Ipatinga /MG, inscrita no CNPJ sob o nº 00.853.908/0001-48, denominado simplesmente **CONSAÚDE**, representado neste ato pelo Presidente Sr. **Márcio Lima de Paula**, doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado à empresa **UNIMAG DIAGNÓSTICO PORIMAGEM LTDA**, inscrita no CNPJ nº 23.018.851.0008-33, e estabelecida Rua Novo Hamburgo nº 385, Bairro Veneza, na cidade Ipatinga/MG neste ato representado por Erico Raimundo Guimarães Fantini, CI nº M 6 381 515, CPF nº 712.438.606-34, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADA** tendo em vista o Edital de **Credenciamento Público nº 004/2023, Processo de Compra nº 011/2023**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**1 - DO OBJETO**

1.1. O objeto deste Edital é credenciamento de empresas especializadas na realização de procedimentos clínicos de complementação com finalidade diagnóstica com vistas ao atendimento das demandas dos municípios consorciados.

**2 - DA VIGÊNCIA**

2.1- O período de contratação da prestação de serviços será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, se de interesse da administração até o limite de 60 (sessenta) meses, através de Termo Aditivo, com base no disposto art. 57, inciso II da Lei 8.666/93, observando o inciso II do artigo 25 da referida normativa legal.

**3 - DA FISCALIZAÇÃO**

3.1. O contrato será gerido e fiscalizado pelo Setor de Compras e Assessoria de Controle Interno do Consórcio Intermunicipal da Microrregião do Vale do Aço.

**4 - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**

4.1. O faturamento será feito mediante o envio das faturas com cronograma pré-estabelecido e o pagamento será efetuado em até 45 (quarenta e cinco) dias úteis após a entrega da Nota Fiscal e seu aceite pelo setor de contabilidade/ financeiro do Consaúde;

4.2. A Nota Fiscal deverá conter o objeto do contrato, constando o número do respectivo Credenciamento, valor unitário e valor total dos serviços prestados;

4.3. O faturamento deverá ter relatório nominal, com o nome de cada paciente atendido e seus respectivos procedimentos realizados;

4.4. No ato do envio das Notas Fiscais, as mesmas deverão ser acompanhadas com a seguinte documentação a) Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União. A certidão deve estar em plena validade. b) Certidão Negativa de Débito do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A certidão deve estar em plena validade. c) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido



pela Caixa Econômica Federal. O Certificado deve estar em plena validade. d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). As certidões devem estar em plena validade.

4.5. Os serviços prestados serão remunerados de acordo com o valor e mediante o cumprimento das condições estabelecidas no Edital de Credenciamento e no Termo de Referência, com os valores padronizados conforme Tabela de Credenciamento do Consaúde;

4.6. Caso sejam encontradas irregularidades na documentação enviada, ou falta de documentos solicitados, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, via e-mail, para que esta promova a correção necessária;

4.7. Enviada corretamente a documentação pela CREDENCIADA, o consaúde procederá à análise da mesma, para o quê disporá de prazo para fins do pagamento, conforme previsto no edital, não sendo imputada ao Consaúde condição de mora em caso de atraso no envio, pela CREDENCIADA, da referida nota fiscal e documentação pertinente.

4.8. Havendo inconsistências na Nota Fiscal, o Consaúde comunicará o fato à CREDENCIADA, mediante e-mail, e esta procederá à sua substituição, e o prazo para pagamento será renovado, após sanada a impropriedade que impediu seu regular processamento;

4.9. Havendo glosa de valores, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, de forma fundamentada, mediante e-mail, e esta emitirá nova Nota Fiscal com os valores informados pelo Consaúde, tidos como passíveis de pagamento, conforme TABELA CONSAÚDE;

4.10. O pagamento pela prestação dos serviços será efetuado mensalmente, após a apresentação da fatura, desde que devidamente atestada e aprovada pelo Consórcio, deduzidas glosas quando for o caso;

4.11. As Notas Fiscais, quaisquer que sejam, deverão obrigatoriamente apresentar o mês da prestação dos serviços, valor unitário e valor total do pagamento pretendido, bem como declarar detalhadamente a integralidade da Prestação de Serviços, conforme exigido no item (11.3);

4.12. Nenhum pagamento será efetuado enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe tenha sido imposta pelo Consaúde e os Municípios Consorciados em decorrência de penalidade ou inadimplência, nos termos da legislação vigente e dos termos deste instrumento;

4.13. O Consaúde, poderá promover deduções no pagamento devido à CREDENCIADA, em decorrência do não prestação dos serviços/prestação dos serviços parcialmente;

4.14. O Consaúde somente atestará a prestação de serviços e liberará a Nota Fiscal para pagamento, quando cumpridas pela CREDENCIADA todas as condições pactuadas neste Termo de Credenciamento;

4.15. O Consaúde somente efetivará o pagamento devido através de depósitos em Conta Corrente da CREDENCIADA, não sendo quitados débitos através de boletos bancários ou outras formas de cobrança;

4.16. O prestador de serviço que optar por receber seu pagamento em outras instituições, que não o banco do Brasil, ficará responsável pelo custo da tarifa bancária referente à respectiva transferência de valores entre bancos, uma vez que os pagamentos efetuados pelo consaúde são prioritariamente pelo referido banco;



4.17. A CREDENCIADA deverá manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, conforme dispõe a Lei Federal nº. 8.666/93

## **5. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

### **5.1. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA CREDENCIADA.**

5.1.1. A contratada deverá apresentar, relatório nominal ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço – Consaúde, constando uma relação completa com nome dos profissionais médicos, que compõe a Instituição credenciada, indicando identidade, CPF, especialidade, Nº do CRMMG e nº do CNES do profissional;

5.1.2. A contratada deverá justificar ao paciente e/ou a seu representante, bem como ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço – Consaúde, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de cancelamento ou da não realização de qualquer ato profissional previsto no Contrato;

5.1.3. A contratada permitirá, a qualquer tempo e hora, o acesso dos representantes legais do Consórcio em suas dependências, para supervisionar e realizar visitas de acompanhamento do correto cumprimento do que foi contratado, bem como realizar abordagens aleatórias aos pacientes internados na Instituição, oriundos da contratualização dos serviços;

5.1.4. A contratada deverá operar com uma organização completa, independente e sem vínculo empregatício com o Consórcio, realizando os serviços, objeto deste contrato, dentro dos mais altos conceitos de qualidade;

5.1.5. A licitante credenciada obriga-se a:

- a). Manter cadastro dos usuários sempre atualizado, assim como prontuário dos pacientes e arquivos médicos, que permitam acompanhamento, controle e supervisão dos serviços;
- b). Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- c). Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

5.1.6. Deverá ser formalizado ao Consaúde, através de Declaração, as seguintes situações:

- a). Não comparecimento do paciente para realização do procedimento, ora agendado;
- b). Desistência do paciente em realizar o procedimento;

5.1.7. Atender o paciente com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços, garantindo ao paciente atendimento individualizado e também a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

5.1.8. A contratada somente poderá atender o paciente se esse apresentar a guia do Consaúde devidamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de origem do paciente;

5.1.9. A contratada deverá realizar os procedimentos contratualizados de acordo com a melhor técnica e com a observância de toda a legislação em vigor aplicável à prestação dos serviços, sem cobrança de qualquer valor adicional ao paciente;

5.1.10. Atender usuários com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade dos serviços prestados, de acordo com o que preconiza as normas do SUS e, em especial, seguir as diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização/Humaniza - SUS;

5.1.11. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

5.1.12. Responder por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes;



5.1.13. A credenciada deverá manter em dia com todas as condições de habilitação, licenças, alvarás, bem como comunicar ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço, qualquer alteração em seus dados cadastrais;

5.1.14. A contratada se obriga a prestar inclusive assistência médico hospitalar em casos de intercorrências, oriundas dos procedimentos realizados no ato da execução do mesmo e realizar a remoção do paciente, para continuidade da assistência no âmbito hospitalar, comunicando simultaneamente ao Consaúde;

5.1.15. A credenciada deverá registrar as ocorrências havidas durante a execução do presente contrato, dando ciência à Contratante, respondendo integralmente por sua omissão;

5.1.16. Executar o serviço contratado, sendo vedada a transferência de responsabilidade, titularidade, ou cessão total ou parcial da atividade;

5.1.17. Manter, durante toda execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento

5.1.18. Apresentar registro e classificação do Serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (atualizado), segundo Portaria nº 376, de 03 de outubro de 2000;

5.1.19. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado, vinculados ou preposto, em razão da execução do contrato;

5.1.20. Assumir todos os riscos inerentes à atividade, bem como todo e qualquer ônus relativo a materiais, transporte, tributos tais quais: impostos, taxas, obrigações trabalhistas e aqueles pertinentes à Seguridade Social;

5.1.21. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar aos Municípios consorciados ou a terceiros, na pessoa de prepostos ou estranhos, na execução dos serviços;

5.1.22. Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, securitários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço;

5.1.23. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, nos termos do artigo 55, XIII, da lei 8666/93;

5.1.24. A licitante vencedora fica responsável pelo controle da execução contratual, principalmente, com relação ao(s) valor(es) do(s) serviço(s) ora adquirido(s), não tendo o Consaúde qualquer responsabilidade em caso de realização de prestação de serviços superior ao da cláusula do preço e fora do prazo acordado;

5.1.25. Zelar pelo fiel cumprimento do contrato, limitando a execução do mesmo ao objeto descrito no termo contratual, sob pena de não recebimento pelo que exceder os serviços prestados, incorrendo ainda na mesma penalidade, no caso de prestação de serviços diverso do descrito no contrato.

5.1.26. Respeitar as normas e procedimento de controle interno, inclusive de acesso às dependências da Contratante;

5.1.27. Atender às determinações da fiscalização da contratante e providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela fiscalização quanto prestação dos serviços;

7.1.28. Manter entendimento com a Contratante objetivando evitar interrupções ou paralisações nas prestações de serviços



5.1.29. Atender à Portaria MS/SAS 388 de 28 de julho de 1999.

5.1.30. A empresa credenciada se obriga a fornecer profissionais habilitados e capacitados em fase aos atendimentos e procedimentos ora agendados;

5.1.31. O profissional que fazer parte integrante da Equipe de Profissionais da Contratada deverá ter vínculo empregatício e/ou contrato de prestação de serviços com a empresa vencedora, não cabendo ao Consaúde, qualquer ônus empregatício ou responsabilidade legal perante o profissional que atuar como empregado ou prestador de serviços em sua dependência.

5.1.32. Facilitar a CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE designados para tal fim, de acordo com os artigos 15, incisos I e XI e artigo 17, incisos II e XI da Lei Federal 8.080/90;

5.1.33. Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pelos profissionais necessários para execução do objeto, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos à CONTRATANTE e/ou MINISTÉRIO DA SAÚDE;

5.1.34. Prestar os serviços, objeto deste credenciamento, respeitando os critérios estabelecidos pela CONTRATANTE, de garantia e facilitação do acesso descentralizado aos usuários do SUS/CONSAÚDE, com base nos princípios de regionalização e acessibilidade;

5.1.35. Comprovar os registros dos profissionais de saúde que executarão o serviço contratado, junto aos conselhos de fiscalização profissional competente (CRM/MG e afins);

5.1.36. Caso o procedimento agendado precisar ser cancelado, desde que não seja por condições clínicas do paciente, ficará sob a responsabilidade da clínica ou do hospital credenciado o reagendamento no prazo máximo de 30 (trinta) dias, não trazendo prejuízo ao paciente;

5.1.37. A contratada deverá apresentar plano de contingência para situações não esperadas que contemple no mínimo tais intempestividades:

a) Parada ou defeitos técnicos de equipamentos ou instrumentos;

b) Falta de medicamentos e insumos utilizáveis na realização dos procedimentos;

c) Substituição de profissionais médicos que atuem direta ou indiretamente a fim da realização procedimentos para complementação diagnóstica, independentemente dos fatos ocorridos, a fim do paciente não sofrer nenhum prejuízo;

5.38. Comprovar a especialização Lato Sensu, junto ao órgão autorizado pelo Ministério da Educação, nas ocupações/especialidades definidas no Código Brasileiro de Ocupação – CBO/Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP (Tabela SUS), para a execução do objeto credenciado/contratado;

5.39. Cumprir durante toda a execução do referido contrato a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; e demais legislações pertinentes ao(s) serviço(s) a ser(em) credenciado(s);

## **5.2 CABERÁ AINDA A EMPRESA DENTRO DAS COMPETÊNCIAS CREDENCIADAS**

### **5.2.1.3. DESEJAVEL QUE AS ORIENTAÇÕES SEJAM SEGUIDAS PARA DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA/ RESSONANCIA MAGNÉTICA.**



- a) O relatório radiológico é parte indissociável de todo procedimento de imagem. Ele documenta os componentes fundamentais do exame e a análise do médico radiologista sobre os achados; transfere informações aos médicos assistentes, registra essa informação para uso futuro e serve como registro legal do atendimento.
- b). Seu objetivo principal é comunicar os resultados do exame ao médico assistente e/ou ao paciente, devendo ser preciso, empregar uma linguagem clara, inequívoca, facilmente compreensível, e ser apropriadamente completo.
- c) O laudo ou relatório, sempre que indicado, deve incluir:
- c.1). Cabeçalho com nome do paciente e data de realização do exame.
- c.2). Técnica empregada no exame e/ou procedimentos realizados, e o agente de contraste aplicado, quando for o caso.
- d) Identificação de fatores que possam limitar a sensibilidade e especificidade do exame, incluindo fatores técnicos, anatomia do paciente e limitações técnicas em relação à patologia apresentada.
- e) Descrição dos achados, com terminologia anatômica, radiológica e patológica que realce os achados com precisão. Estes achados devem responder às questões clínicas, quando apresentadas.
- f) Dados comparativos, com exames ou relatórios anteriores, quando possível, fazem parte da consulta radiológica e devem ser incluídos no corpo do relatório.
- g) Conclusão do relatório, com comentário interpretativo e terminologia própria, trazendo conclusão, opinião, impressão, interpretação ou diagnóstico.
- h). Diagnóstico diferencial, sempre que apropriado.
- i) Recomendação de exames adicionais somente deve ser feita quando técnica e cientificamente justificada. Cada vez mais, decisões médicas de diagnóstico e tratamento dependem de informações de exames radiológicos
- j). Organizar equipamento, sala de exame e material, averiguando condições técnicas de equipamentos e acessórios.
- k). Preparar pacientes para exame com as devidas orientações prévias sobre preparos antes da realização dos exames.
- l). Prestar atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta.
- m). Controlar radiografias, tomografias e ressonância magnética realizadas, registrando números, discriminando tipo e requisitante.
- n). Zelar pela conservação e manutenção do aparelho de Raios X, tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética e seus componentes.
- o). Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática.
- p) Toda a execução dos serviços se dará com recursos humanos da contratada, através de profissionais habilitados e capacitados, com registros válidos nos conselhos de classes profissionais.

**5.1.2.4. DESEJAVEL QUE AS ORIENTAÇÕES SEJAM SEGUIDAS PARA DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**



a) A ultrassonografia é um método de diagnóstico que se baseia em ondas sonoras de alta frequência emitidas através do transdutor que desliza sobre a pele/mucosa, com o auxílio de um gel condutor. Essas ondas produzem ecos ao penetrar nos tecidos de diferentes densidades e com a ajuda de softwares são convertidas em imagem. Todas as aplicações da ultrassonografia estão baseadas na detecção e demonstração da energia acústica refletida nessas diferentes interfaces do corpo, possibilitando o estudo dinâmico e em tempo real de diversos órgãos e/ou estruturas.

b) Todos os pacientes devem ser orientados sobre o preparo antes dos exames de ultrassonografia, conforme necessidade e particularidade.

c) Toda a execução dos serviços se dará com recursos humanos da contratada, através de profissionais habilitados e capacitados, com registros válidos nos conselhos de classes profissionais.

**5.2.2.5. ATO ANESTÉSICO** - Compreende a avaliação prévia das condições do paciente, a administração de drogas pré-anestésicas, a aplicação da anestesia propriamente dita e o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória do paciente, bem como a assistência permanente, direta e pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós-anestésica.

**a) ANESTESIA POR SEDAÇÃO (leve)** - São utilizados medicamentos sedativos, em que o paciente mantém seu nível de consciência e só permanece um pouco mais “tranquilo”, relaxado. O indivíduo consegue responder aos comandos verbais do médico (se estiver acordado), para abrir a boca, os olhos etc.

**b) ANESTESIA POR SEDAÇÃO (moderada)** - O paciente já tem o nível de consciência comprometido devido à ação medicamentosa. Ele só é acordado depois de um certo período, com estímulos verbais e toques leves. Nesse procedimento já é necessário acompanhamento dos sinais vitais e oxigenação **por parte do médico anestesista**.

**c) ANESTESIA POR SEDAÇÃO (profunda)** - A sedação profunda coloca o paciente em situação de mínima consciência (ele fica completamente imóvel) e reage apenas a estímulos dolorosos. É necessário um suporte de um médico anesthesiologista e máscara de oxigênio. Normalmente é necessário que o paciente fique de jejum por um determinado período de tempo.

**h) CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA** - O contraste serve para melhorar a qualidade das imagens geradas no exame de ressonância magnética. Para isso, é utilizada uma substância chamada de gadolínio, que vai realçar as características presentes nas estruturas anatômicas

**i) CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**- Na Tomografia com contraste, faz-se uso de substâncias à base de iodo, administrada via oral, intravenosa ou endocavitária. Na tomografia, o agente radiopaco mais comum é o iodo, contido em compostos iodados. Dependendo do tecido avaliado, o médico pode optar por um contraste não iodado, feito à base de bário. Iodo e bário aumentam a capacidade de absorção dos raios X, tornando as imagens de órgãos e partes moles mais claras.

## **6. SÃO RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE.**

6.1. Encaminhar o expediente necessário ao pagamento dos serviços contratados, correspondente aos serviços prestados;



- 6.2. Prestar informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos empregados da Contratada;
- 6.3. Responsabilizar-se pelo acompanhamento e fiscalização do contrato que deverá ser feito por servidor designado do Consaúde;
- 6.4. Orientar à Contratada quanto à execução da prestação de serviços;
- 6.5. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente a prestação de serviços, conforme o objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;
- 6.6. Comunicar à **CONTRATADA** qualquer irregularidade encontrada na prestação de serviços, fixando-lhe, prazo para corrigi-las;
- 6.7. Realizar visitas a contratada previamente agendadas e/ou sem agendamento prévio, a fim de verificar a satisfação dos usuários oriundos dos municípios consorciados;
- 6.8. Exigir o imediato afastamento de qualquer empregado ou preposto da empresa contratada, que não mereça a sua confiança ou embarace a fiscalização, ou, ainda, que se conduza de modo inconveniente ou incompatível com o exercício das funções que lhe foram atribuídas;
- 6.9. Cumprir com as obrigações acordadas em contrato, mais especificamente, honrar o pagamento dentro dos prazos fixados;
- 6.10. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no edital e seus anexos;
- 6.11. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta – Tabela CONSAÚDE.
- 6.12. Acompanhar a entrega das faturas e avaliar a qualidade dos relatórios, cobrança coesa com o procedimento sem prejuízo da responsabilidade da Contratada, podendo rejeitá-los, mediante justificativa;
- 6.13. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade do objeto recebido provisoriamente, com as especificações constantes do edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;
- 6.14. Comunicar à contratada, por escrito, as imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas, fixando prazo para a sua correção;
- 6.15. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados;

## **7. DO FATURAMENTO**

- 7.1. O faturamento deve ser entregue, acompanhada das guias de atendimento e do respectivo relatório nominal dos serviços efetivamente prestados, até o último dia do mês corrente aos preços unitários de cada procedimento, conforme TABELA CONSAUDE, exceto o mês de dezembro que terá data de fechamento de fatura e pagamento diferenciada em função do encerramento do exercício fiscal;
- 7.2. A Nota Fiscal não deverá vir acompanhada do relatório de faturamento, a mesma será solicitada pela responsável do setor – financeiro, após o processamento das guias, deverá conter o objeto do contrato, constando o número do respectivo Credenciamento, valor unitário e valor total dos serviços prestados;
- 7.3. O faturamento deverá ter relatório nominal, com o nome de cada paciente atendido e seus respectivos procedimentos realizados;



7.4. No ato do envio das Notas Fiscais, as mesmas deverão ser acompanhadas com a seguinte documentação: a) Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União. A certidão deve estar em plena validade. b) Certidão Negativa de Débito do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A certidão deve estar em plena validade. c) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal. O Certificado deve estar em plena validade. d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). As certidões devem estar em plena validade.

7.5. Os serviços prestados serão remunerados de acordo com o valor e mediante o cumprimento das condições estabelecidas no Edital de Credenciamento e no Termo de Referência, com os valores padronizados conforme Tabela de Credenciamento do Consaúde;

7.6. Caso sejam encontradas irregularidades na documentação enviada, ou falta de documentos solicitados, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, via e-mail, para que esta promova a correção necessária;

7.7. Enviada corretamente a documentação pela CREDENCIADA, o consaúde procederá à análise da mesma, para o quê disporá de prazo para fins do pagamento, conforme previsto no edital, não sendo imputada ao Consaúde condição de mora em caso de atraso no envio, pela CREDENCIADA, da referida nota fiscal e documentação pertinente.

7.8. Havendo inconsistências na Nota Fiscal, o Consaúde comunicará o fato à CREDENCIADA, mediante e-mail, e esta procederá à sua substituição, e o prazo para pagamento será renovado, após sanada a impropriedade que impediu seu regular processamento;

7.9. Havendo glosa de valores, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, de forma fundamentada, mediante e-mail, e esta emitirá nova Nota Fiscal com os valores informados pelo Consaúde, tidos como passíveis de pagamento, conforme TABELA CONSAÚDE;

7.10. O pagamento pela prestação dos serviços será efetuado, após a apresentação da fatura, desde que devidamente atestada e aprovada pelo Consórcio, deduzidas glosas quando for o caso;

7.11. As Notas Fiscais, quaisquer que sejam, deverão obrigatoriamente apresentar o mês da prestação dos serviços, valor unitário e valor total do pagamento pretendido, bem como declarar detalhadamente a integralidade da Prestação de Serviços, conforme exigido no item (11.3);

7.12. Nenhum pagamento será efetuado enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe tenha sido imposta pelo Consaúde e os Municípios Consorciados em decorrência de penalidade ou inadimplência, nos termos da legislação vigente e dos termos deste instrumento;

7.13. O Consaúde, poderá promover deduções no pagamento devido à CREDENCIADA, em decorrência do não prestação dos serviços/prestação dos serviços parcialmente;

7.14. O Consaúde somente atestará a prestação de serviços e liberará a Nota Fiscal para pagamento, quando cumpridas pela CREDENCIADA todas as condições pactuadas neste Termo de Credenciamento;

7.15. O Consaúde somente efetivará o pagamento devido através de depósitos em Conta Corrente da CREDENCIADA, não sendo quitados débitos através de boletos bancários ou outras formas de cobrança;



7.16. O faturamento da Instituição credenciada, deverá ser entregue respeitando rigorosamente a competência do mês, em hipótese alguma a credenciada poderá enviar guias do mês em curso, junto com o mês de encerramento da competência, ou seja, o ponto de corte para o faturamento ser realizado são as guias referente até o último dia do mês anterior;

7.17. A credenciada deverá manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, conforme dispõe a Lei Federal nº. 8.666/93;

## **8. LOCAL DE ENTREGA DO FATURAMENTO**

8.1. O faturamento das Instituições credenciadas deverá ser entregue na Sede Administrativa do Consaúde, situado a Rua Visconde de Mauá, nº 594, Bairro Cidade Nobre – Ipatinga/MG. Cep: 35162-391. (Setor de Faturamento), em horário comercial de 09h00min às 12h00min e 13h00min às 17h00min.

## **9. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

9.1. Ficará sob a responsabilidade do Setor de compras e Assessoria do Controle Interno, a fiscalização da execução do contrato.

9.2. O prestador deverá oferecer as especialidades descritas neste Termo de Referência para credenciamento, os quais constam na Proposta, ora apresentada. O prestador contratado deverá possuir os profissionais devidamente habilitados e capacitados para a prestação de serviços em fiel cumprimento ao objeto;

9.3. O credenciado deverá apresentar de imediato, documentos, ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

9.4. O credenciado deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar aos pacientes ora atendidos em seu estabelecimento (clínica) e ou (hospital);

9.5. Os Profissionais médicos, que se façam necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços, deverão ser disponibilizados pela empresa credenciada sempre em tempo hábil a fim do cumprimento das agendas, ora solicitadas e programadas pela central de agendadores dos municípios e ou pelos agendadores do Consaúde, dentro do horário reservado e agendado, não podendo em hipótese alguma gerar empecilhos que prejudiquem a logística da Instituição e que gere desconforto e ou prejuízo ao paciente que necessita ser assistido.

9.6. A prestação dos serviços, objeto deste contrato compreende a execução de procedimentos ambulatoriais em diversas especialidades para pacientes/usuários do SUS, de baixa, média e alta complexidade, em caráter ambulatorial e hospitalar, incluindo quando for o caso procedimentos sob anestesia;

9.7. Na execução dos serviços objeto do credenciamento, os pacientes/usuários do SUS deverão ser referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem, via Consaúde, devidamente com a guia de autorização do Consaúde, a mesma deve estar assinada e carimbada pelo Gestor responsável;

9.8. Os médicos e ou profissionais que irão realizar atender os usuários do Consaúde, através dos municípios consorciados deverão coletar as informações sobre o quadro clínico do paciente, com foco na história mórbida atual e história pregressa, para fins de conhecimento e realização do exame ou procedimento da forma mais assertiva possível, a fim de obtenção dos melhores resultados em prol do paciente.



9.9. Compreende-se por SERVIÇOS MÉDICOS – Prestação de assistência para fins de complementação diagnóstica em caráter presencial nas clínicas e /ou hospitais credenciados por profissional devidamente habilitado para prestação dos serviços em que está inserido de forma integrada à equipe multidisciplinar, compreendendo o diagnóstico, o tratamento de doenças e agravos à saúde, visando à recuperação do paciente.

9.10. Compreende-se por PROCEDIMENTOS os atos médicos classificados em procedimentos: cirúrgicos, complementação diagnóstica, realização de exames e afins, conforme estabelece a Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS.

9.11. Compreende-se por PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS – Qualquer tipo de procedimento no qual o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente para diagnosticar, tratar ou curar doenças para melhorar a funcionalidade do corpo ou parte dele;

9.12. Compreende-se por PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS – Qualquer tipo de procedimento de que se vale o profissional médico para a análise de uma doença ou quadro clínico, com o objetivo de criar um plano de ação diante dos resultados obtidos;

9.13. Compreende-se por ATO ANESTÉSICO a avaliação prévia das condições do paciente, a administração de drogas pré-anestésicas, a aplicação da anestesia e ou sedação propriamente dita e o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória do paciente, bem como a assistência permanente, direta e pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós-anestésica.

9.14. As GUIAS DE SERVIÇOS E AUTORIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS, deverão ser retidas na Instituição no ato da apresentação do paciente para a realização do procedimento, sendo a guia o Instrumento para a comprovação da regular prestação do serviço que será utilizado para o respectivo faturamento.

## **10. DO DESCREDENCIAMENTO**

10.1. Constituem motivo para o credenciamento.

10.1.2. Cobrar quaisquer serviços, direta ou indiretamente ao usuário.

10.1.3. Solicitar e/ou exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

10.1.4. Solicitar qualquer tipo de doação.

10.1.5. Não atender à solicitação de esclarecimento encaminhada pela Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço.

10.1.6. Atrasar injustificadamente os atendimentos, procedimentos cirúrgicos e afins, bem como paralisá-los sem justa causa e prévia comunicação ao Consaúde.

10.1.7. Paralisar os atendimentos, procedimentos cirúrgicos e afins, mesmo de forma parcial ou total por eventuais atrasos dos pagamentos.

10.1.8. A má qualidade na prestação de serviços, de acordo com as exigências do Consaúde;

## **11. DO REAJUSTE DO PREÇO**

11.1 Os preços serão sempre aqueles praticados pela Tabela de Procedimentos - CONSAÚDE, a complementação e os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela, obedecerá às determinações do Ministério da Saúde e seus respectivos incentivos contratualizados.



11.2 Os valores estipulados serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sempre após a data da publicação do Diário Oficial da União.

## **12. DO PAGAMENTO**

12.1. O faturamento será feito mediante a entrega das faturas e o pagamento será efetuado em até 45(quarenta e cinco) dias após a entrega da Nota Fiscal e seu aceite pelo Setor de Contabilidade/Financeiro.

12.2. A Nota Fiscal não deverá vir acompanhada do relatório de faturamento, a mesma será solicitada pela responsável do setor – financeiro , após o processamento das guias, deverá conter o objeto do contrato, constando o número do respectivo Credenciamento, valor unitário e valor total dos serviços prestados;

12.3. O faturamento de cada procedimento realizado deverá ser cobrado de forma individual por paciente, constando nome do paciente, data do atendimento e nome do procedimento;

12.4. No ato do envio das Notas Fiscais, as mesmas deverão ser acompanhadas com a seguinte documentação: a) Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União. A certidão deve estar em plena validade. b) Certidão Negativa de Débito do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A certidão deve estar em plena validade. c) Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal. O Certificado deve estar em plena validade. d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). As certidões devem estar em plena validade.

12.5. Os serviços prestados serão remunerados de acordo com o valor da TABELA DO CONSAÚDE e mediante o cumprimento das condições estabelecidas no Edital de Credenciamento e no Termo de Referência, com os valores padronizados pela TABELA.

12.6. Caso sejam encontradas irregularidades na documentação enviada, ou falta de documentos solicitados, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, via e-mail, para que esta promova a correção necessária.

12.7. Enviada corretamente a documentação pela CREDENCIADA, o Consaúde procederá à análise da mesma, para o quê disporá de prazo para fins do pagamento, conforme previsto no edital, não sendo imputada ao Consaúde condição de mora em caso de atraso no envio, pela CREDENCIADA, da referida nota fiscal e documentação pertinente.

12.8. Havendo inconsistências na Nota Fiscal, o Consaúde comunicará o fato à CREDENCIADA, mediante e-mail, e esta procederá à sua substituição, e o prazo para pagamento será renovado, após sanada a impropriedade que impediu seu regular processamento;

12.9. Havendo glosa de valores, o Consaúde comunicará à CREDENCIADA, de forma fundamentada, mediante e-mail, e esta emitirá nova Nota Fiscal com os valores informados pelo Consaúde, tidos como passíveis de pagamento, conforme TABELA Consaúde;

12.10. O pagamento pela prestação dos serviços será efetuado mensalmente, após a apresentação da fatura, desde que devidamente atestada e aprovada pelo Consaúde, deduzidas glosas quando for o caso;

12.11. As Notas Fiscais, quaisquer que sejam, deverão obrigatoriamente apresentar o mês da prestação dos serviços, valor unitário e valor total do pagamento pretendido, bem como declarar detalhadamente a integralidade das prestações de serviços, conforme exigido no item (11.3);



## **CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

12.12. Nenhum pagamento será efetuado enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe tenha sido imposta Consaúde, em decorrência de penalidade ou inadimplência, nos termos da legislação vigente e dos termos deste instrumento.

12.13. O Consaúde, poderá promover deduções no pagamento devido à CREDENCIADA, em decorrência da não prestação serviços total e ou parcial;

12.14. O Consaúde somente atestará a prestação de serviços e liberará a Nota Fiscal para pagamento, quando cumpridas pela CREDENCIADA todas as condições pactuadas neste Termo de Credenciamento;

12.15. O Consaúde somente efetuará o pagamento devido através de depósitos em Conta Corrente da CREDENCIADA, não sendo quitados débitos através de boletos bancários ou outras formas de cobrança;

12.16. A CREDENCIADA deverá manter, durante toda a vigência do Termo de Credenciamento, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, conforme dispõe a Lei Federal nº. 8.666/93;

### **13. DA SUBCONTRATAÇÃO**

13.1. Não é permitida a subcontratação.

### **14. DO PRAZO**

14.1. O prazo do contrato será de 12 (doze) meses, contatos a partir da data de sua assinatura, do instrumento contratual, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, se de interesse da administração.

### **15. DA RESOLUÇÃO**

15.1 - Constituem condições resolutivas deste contrato:

15.1.1. O acordo formal entre as partes, nos termos da Lei.

### **16 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

16.1- As despesas decorrentes da contratação correrão à conta da dotação do Orçamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço - CONSAÚDE, vigente no exercício 2022.

**Consaúde: 01.001 000 00010 00122 00001 2007 33903900 33903936 Ficha 30 - Fonte 00100.**

### **17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVA.**

17.1. O Descumprimento de prazo, de condição ou de qualquer cláusula contratual implicará nas sanções previstas nos artigos 81 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93, com observância do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa;

17.2. Durante a execução do contrato, além dos sanções de suspensão temporária e de declaração de idoneidade, aplicar-se a sanções de advertência e multa, sendo as multas nos seguintes percentuais.

17.3. 0,3% (três décimos por cento), por dia, até o trigésimo dia, de atraso, na entrega;

17.4. 20% (vinte por cento) sobre o saldo remanescente do contrato em caso de rescisão contratual por culpa da CONTRATADA;

17.5. As multas de que tratam os itens anteriores são entendidas como independentes;

17.6. Não será aplicada a multa em períodos correspondentes à expedição pelo CONTRATANTE de ordens de Início, reinício ou Paralisação das entregas;

17.7. As sanções de advertência, suspensão temporária e declaração de inidoneidade poderão ser aplicadas cumulativamente com a de multa, assegurando-se ao interessado o direito de



defesa prévia no prazo de 05 (cinco) dias úteis, salvo na hipótese de declaração de inidoneidade, em que o prazo será de 10 (dez) dias;

17.8. Para a aplicação das sanções referidas no item anterior, deverá ser instaurado processo administrativo punitivo, seguido de notificação para defesa, em conformidade com a legislação vigente;

17.9. As multas deverão ser recolhidas na contabilidade do CONTRATANTE no prazo de 72 (setenta e duas) horas, contado a partir da decisão definitiva, na esfera administrativa;

17.10. Não constituirá motivo para aplicação de multa, o atraso decorrente de prorrogações compensatórias expressamente concedidas pela CONTRATANTE, ou resultante de fato superveniente excepcional e imprevisível, estranho à vontade da CONTRATADA, tais como o estado de calamidade pública, guerra, comoção interna e outros que apresentem as mesmas características;

17.11. Comete infração administrativa, ainda, nos termos da Lei nº 8.666/1993 a Contratada que:

17.12. Não receber a Ordem de Prestação de Serviços e a Nota de Empenho, ou não assinar o contrato, quando convocada dentro do prazo de validade da proposta;

17.13. Inexecução total ou parcialmente o objeto da aquisição;

17.14. Apresentar documentação falsa;

17.15. Comportar-se de modo inidôneo;

17.16. Cometer fraude fiscal;

17.17. Descumprir qualquer dos deveres elencados no Termo de Referência

17.18. A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

I. advertência

II. multa;

III. suspensão; e

IV. declaração de inidoneidade.

PARÁGRAFO ÚNICO: A multa poderá ser aplicada cumulativamente com outras sanções, segundo natureza e a gravidade da falta cometida observada o princípio da proporcionalidade.

## **18. DA RESCISÃO**

18.1. O contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93, observadas as disposições contidas nos artigos 79 e 80, da mesma Lei.

18.2. Formalizada a rescisão, que vigorará a partir da data de sua comunicação CONTRATADA, esta entregará à documentação correspondente a entrega, se aceito pela Fiscalização, será pago pelo CONTRATANTE, deduzidos os débitos existentes.

## **19. DOS CASOS OMISSOS**

19.1. Qualquer litígio judicial oriundo da aplicação do presente termo de contrato será dirimido com base na legislação específica, especialmente no **EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023** e na Lei 8.666/93 e posteriores alterações.

19.2. A prestação de serviços do objeto deste contrato deverá ser executada diretamente pela CONTRATADA.

## **20. DO FORO**



**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

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

E, por estarem assim acertados, firmam este instrumento em três (03) vias de igual teor e forma, obrigando-se pelos termos do mesmo, por si e seus sucessores.

Ipatinga /MG, 08 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
Márcio Lima de Paula  
**Presidente Consaúde**

\_\_\_\_\_  
Erico Raimundo G. Fantini  
**Unimag Diganóstico por Imagem Ltda**  
CONTRATADA

\_\_\_\_\_  
Lucas Dias Rodrigues  
**Assessoria Jurídica**  
OAB/MG – 191.716

TESTEMUNHAS:

1- \_\_\_\_\_  
CPF Nº:

2- \_\_\_\_\_  
CPF Nº



**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

**PROCESSO LICITATÓRIO N.º 011/2023**

**CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE N.º 004/2023**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 028/ 2023**

**ANEXO I**

**CATEGORIA III – EXAMES RADIOLÓGICOS**

**GRUPO 01 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

**SUBGRUPO - 0204 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA**

**FO – 020401**

**EXAMES RADIOLÓGICOS DE CABEÇA E PESCOÇO**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                        | VALOR UNIT. |
|------|----------------|------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3    | 02.04.01.003-9 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)         | R\$23,90    |
| 4    | 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)            | R\$21,65    |
| 5    | 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL          | R\$23,90    |
| 6    | 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                           | R\$21,52    |
| 7    | 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ) | R\$25,12    |
| 8    | 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)                             | R\$22,54    |
| 10   | 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)                   | R\$24,93    |
| 11   | 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)                            | R\$22,03    |
| 12   | 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)              | R\$23,90    |
| 13   | 02.04.01.013-6 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)  | R\$23,90    |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

| 14                                                         | 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)                  | R\$22,22    |
|------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 15                                                         | 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)                      | R\$22,03    |
| <b>GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b> |                |                                                                           |             |
| <b>SUBGRUPO - 0204 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA</b>       |                |                                                                           |             |
| <b>FO – 020402 EXAMES RADIOLÓGICOS DE COLUNA VERTEBRAL</b> |                |                                                                           |             |
| ITEM                                                       | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                                 | VALOR UNIT. |
| 3                                                          | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)             | R\$23,82    |
| 4                                                          | 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)               | R\$23,59    |
| 5                                                          | 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA                       | R\$26,48    |
| 6                                                          | 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                         | R\$26,48    |
| 7                                                          | 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                           | R\$26,48    |
| 8                                                          | 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA                    | R\$26,48    |
| 9                                                          | 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                             | R\$24,93    |
| 10                                                         | 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                       | R\$26,04    |
| 11                                                         | 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA                              | R\$26,48    |
| 12                                                         | 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA                                      | R\$22,98    |
| 13                                                         | 02.04.02.013-1 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE) | R\$37,40    |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>                            |                |                                                              |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>SUBGRUPO - 0204 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA</b>                                 |                |                                                              |             |
| <b>FO – 020403 EXAMES RADIOLÓGICOS DO TORAX E MEDIASTINO</b>                         |                |                                                              |             |
| ITEM                                                                                 | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                    | VALOR UNIT. |
| 5                                                                                    | 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)        | R\$26,48    |
| 6                                                                                    | 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                      | R\$23,88    |
| 12                                                                                   | 02.04.03.013-7 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL) | R\$26,48    |
| 13                                                                                   | 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)                | R\$26,48    |
| 14                                                                                   | 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                           | R\$25,68    |
| 16                                                                                   | 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                    | R\$21,52    |
| 17                                                                                   | 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                       | R\$47,66    |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>                            |                |                                                              |             |
| <b>SUBGRUPO - 0204 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA</b>                                 |                |                                                              |             |
| <b>FO – 020404 EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES</b> |                |                                                              |             |
| ITEM                                                                                 | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                    | VALOR UNIT. |
| 1                                                                                    | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                                     | R\$20,79    |
| 2                                                                                    | 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                | R\$22,35    |
| 3                                                                                    | 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                   | R\$22,35    |
| 4                                                                                    | 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                | R\$22,35    |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                             |          |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| 5  | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRACO                                        | R\$22,93 |
| 6  | 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                                    | R\$22,35 |
| 7  | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                     | R\$19,96 |
| 8  | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO                                 | R\$19,52 |
| 9  | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO                                          | R\$20,60 |
| 10 | 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) | R\$20,12 |
| 11 | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)               | R\$22,35 |
| 12 | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)               | R\$21,56 |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0205 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA****FO – 020405****EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                              | VALOR UNIT. |
|------|----------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| 8    | 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | R\$26,48    |
| 9    | 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                    | R\$21,87    |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0206 – DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA****FO – 020406****EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                                    | VALOR UNIT. |
|------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2    | 02.04.06.002-8 | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | R\$133,44   |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaleadoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaleadoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                                          |           |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3  | 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA                                                                             | R\$52,95  |
| 5  | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                                                  | R\$22,93  |
| 6  | 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                                                  | R\$22,93  |
| 7  | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA                                                 | R\$20,92  |
| 8  | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA                                                                     | R\$22,93  |
| 9  | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                                                 | 20,92     |
| 10 | 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA                                                                      | R\$24,79  |
| 11 | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                                     | R\$21,36  |
| 12 | 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)                                   | R\$21,96  |
| 13 | 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)                      | R\$25,34  |
| 14 | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE                                                          | R\$22,98  |
| 15 | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA                                                                     | R\$24,79  |
| 16 | 02.04.06.017-6 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES                                             | R\$25,34  |
| 17 | -              | DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIACAO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSICAO CORPORAL) | R\$158,85 |
| 18 | -              | DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)                                                        | R\$72,01  |
| 20 | -              | RADIOGRAFIA DE AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA                                | R\$60,44  |
| 22 | -              | RADIOGRAFIA COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE                                           | R\$68,33  |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarauçu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                                     |          |
|----|---|-----------------------------------------------------|----------|
| 26 | - | RADIOGRAFIA INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA          | R\$19,86 |
| 27 | - | RADIOGRAFIA INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE  | R\$17,69 |
| 28 | - | RADIOGRAFIA INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR | R\$17,09 |
| 29 | - | RADIOGRAFIA INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR | R\$17,09 |
| 31 | - | RADIOGRAFIA OMOPLATA OU ESCAPULA                    | R\$52,32 |
|    |   |                                                     |          |

**CATEGORIA V - ULTRASSONOGRAFIA****GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0205 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA****FO – 020501 ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                                                      | VALOR UNIT. |
|------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 4    | 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                                                  | R\$137,67   |
| 13   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                                                     | R\$131,32   |
| 14   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES <b>DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER</b>          | R\$262,64   |
| 15   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR <b>DIREITO COM DOPPLER</b>                        | R\$131,32   |
| 16   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR <b>ESQUERDO COM DOPPLER</b>                       | R\$131,32   |
| 17   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES <b>DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER</b>          | R\$262,64   |
| 18   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR <b>DIREITO COM DOPPLER</b>                        | R\$131,32   |
| 19   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR <b>ESQUERDO COM DOPPLER</b>                       | R\$131,32   |
| 20   | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBROS INFERIORES <b>DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER</b> | R\$525,27   |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

|    |                |                                                                                          |           |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 21 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO                           | R\$262,64 |
| 22 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DOPPLER              | R\$262,64 |
| 23 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBROS SUPERIORES DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER | R\$525,27 |
| 24 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DOPPLER               | R\$262,64 |
| 25 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIAL E VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DOPPLER              | R\$262,64 |
| 26 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER            | R\$262,64 |
| 27 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DOPPLER                          | R\$131,32 |
| 28 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DOPPLER                         | R\$131,32 |
| 29 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBROS SUPERIORES DIREITO E ESQUERDO COM DOPPLER            | R\$262,64 |
| 30 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DOPPLER                          | R\$131,32 |
| 31 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DOPPLER                         | R\$131,32 |
| 32 | 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO                                            | R\$79,43  |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**

**SUBGRUPO - 0205 – DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA**

## FO – 020502

## ULTRA-SONOGRAFIAS DOS DEMAIS SISTEMAS

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                | VALOR UNIT. |
|------|----------------|--------------------------|-------------|
| 1    | 02.05.02.001-1 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO | R\$79,43    |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                                                                                                                                                                               |           |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3  | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR <i>(Inclui a avaliação do Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar, Baço e Pâncreas)</i>                                                                                                  | R\$68,84  |
| 4  | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL <i>(Inclui a avaliação do fígado, vias biliares, vesícula biliar, pâncreas, baço, rins, retroperitônio e grandes vasos abdominais, vias urinárias e bexiga)</i>                            | R\$68,84  |
| 5  | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO <i>Avalia as doenças do sistema urinário (masculino ou feminino), estudando os rins, as vias urinárias e os tecidos e órgãos adjacentes.</i>                                           | R\$68,84  |
| 6  | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO <i>Avalia atividade inflamatória de doenças reumáticas</i>                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 7  | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/ REGIÃO INGUINAL                                                                                                                                                                          | R\$68,84  |
| 8  | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL COM INVESTIGAÇÃO DAS AXILAS <i>(Avaliação das partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III)</i> | R\$132,38 |
| 9  | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL                                                                                                                                                                               | R\$68,84  |
| 10 | 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) SEM BIOPSIA                                                                                                                                                                    | R\$105,90 |
| 11 | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE                                                                                                                                                                                                 | R\$68,84  |
| 12 | 02.05.02.013-5 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)                                                                                                                                                                                    | R\$68,84  |
| 13 | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA                                                                                                                                                                                                  | R\$68,84  |
| 14 | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GEMELAR                                                                                                                                                                                          | R\$137,67 |
| 15 | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO                                                                                                                                                                   | R\$79,43  |
| 16 |                | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL                                                                                                                                                                       | R\$68,84  |
| 17 |                | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL                                                                                                                                                                          | R\$68,84  |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaleadoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaleadoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                                                                                                                                             |           |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 18 |                | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA PRIMEIRO TRIMESTRE                                                                                                                                             | R\$68,84  |
| 19 | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                                                                                                                                                    | R\$68,84  |
| 20 | 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA                                                                                                                                                            | R\$91,04  |
| 21 | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL                                                                                                                                                              | R\$68,84  |
| 23 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA ARTERIA RENAL COM DOPPLER                                                                                                                                                 | R\$79,43  |
| 24 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN COM SISTEMA PORTA COM DOPPLER                                                                                                                                  | R\$148,26 |
| 25 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA APARELHO URINÁRIO COM DOPPLER                                                                                                                                             | R\$116,49 |
| 26 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO CERVICAL (PESCOÇO)                                                                                                                                                 | R\$68,84  |
| 27 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER                                                                                                                                               | R\$79,43  |
| 28 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DAS CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS COM DOPPLER                                                                                                                           | R\$148,26 |
| 29 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE ANTEBRAÇO                                                                                                                                                              | R\$68,84  |
| 30 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE AORTA ABDOMINAL COM DOPPLER                                                                                                                                            | R\$79,43  |
| 31 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES COM DOPPLER                                                                                                                                               | R\$228,00 |
| 32 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILAS ( <i>Avaliação das partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III</i> ) | R\$68,84  |
| 33 |                | ULTRASSONOGRRAFIA DE BRACO                                                                                                                                                                  | R\$68,84  |
| 34 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER                                                                                                                                             | R\$79,43  |
| 35 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE CALCÂNEO                                                                                                                                                               | R\$68,84  |
| 36 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE COTOVELO                                                                                                                                                               | R\$68,84  |
| 37 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE COXA                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 38 | -              | ULTRASSONOGRRAFIA DE CRÂNIO TRANSFONTANELA COM DOPPLER                                                                                                                                      | R\$237,74 |
| 39 |                | ULTRASSONOGRRAFIA DE DEDO                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 40 |                | ULTRASSONOGRRAFIA GLANDULA PAROTIDA                                                                                                                                                         | R\$68,84  |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                                                                                                                                                                                                                              |           |
|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 41 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES <i>(Inclui avaliação das Glândulas Submandibulares, Parótidas e Sublinguais bilateralmente)</i>                                                                                                     | R\$144,50 |
| 42 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES COM DOPPLER                                                                                                                                                                                         | R\$234,67 |
| 43 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÚTEO                                                                                                                                                                                                                  | R\$63,54  |
| 44 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE JOELHO                                                                                                                                                                                                                  | R\$68,84  |
| 45 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE MÃO                                                                                                                                                                                                                     | R\$68,84  |
| 46 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL <i>(Inclui a avaliação da integridade dos grupos musculares da parede abdominal, bem como a pesquisa de hérnias, lesões subcutâneas em parede abdominal anterior (inclusive em região umbilical)).</i> | R\$68,84  |
| 47 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES                                                                                                                                                                                                            | R\$68,84  |
| 48 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE PERNA                                                                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 49 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE PUNHO                                                                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 50 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE OMBRO                                                                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 51 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE QUADRIL                                                                                                                                                                                                                 | R\$63,54  |
| 52 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE TENDÕES E FLEXÕES                                                                                                                                                                                                       | R\$68,84  |
| 53 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE TESTICULOS                                                                                                                                                                                                              | R\$68,84  |
| 54 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER                                                                                                                                                                                                    | R\$137,67 |
| 55 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE TROCANTER                                                                                                                                                                                                               | R\$63,54  |
| 56 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORNOZELO (RETRO PÉ)                                                                                                                                                                                                    | R\$68,84  |
| 57 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO                                                                                                                                                                                                     | R\$68,84  |
| 58 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DO PÉ                                                                                                                                                                                                                      | R\$68,84  |
| 59 | - | ULTRASSONOGRRAFIA DO PÊNIS                                                                                                                                                                                                                   | R\$95,31  |
| 61 | - | ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL                                                                                                                                                                                                                   | R\$68,84  |
| 62 | - | ULTRASSONOGRRAFIA MANDIBULAR                                                                                                                                                                                                                 | R\$68,84  |
| 63 | - | ULTRASSONOGRRAFIA FURCULA ESTERNAL                                                                                                                                                                                                           | R\$63,54  |
| 64 | - | ULTRASSOM MEDIO PE                                                                                                                                                                                                                           | R\$63,54  |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                                                                                                                                                                                                                                |           |
|----|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 66 | - | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICA FETAL – DO 2º TRIMESTRE (ENTRE 20ª E A 24ª SEMANAS) <i>Avalia o desenvolvimento dos órgãos e sistemas do feto, além de examinar se o bebê está crescendo e ganhando o peso adequado para a idade gestacional</i> | R\$105,90 |
| 67 | - | ULTRASSOM ORGAOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS                                                                                                                                                                                                     | R\$63,54  |
| 68 | - | ULTRASSONOGRRAFIA PERIANAL                                                                                                                                                                                                                     | R\$127,08 |
| 69 | - | ULTRASSONOGRRAFIA PREAURICULAR                                                                                                                                                                                                                 | R\$63,54  |
| 70 | - | ULTRASSONOGRRAFIA SISTEMA PORTA VEIA MESENTÉRICA COM DOPPLER                                                                                                                                                                                   | R\$137,67 |
| 71 | - | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER                                                                                                                                                                                                     | R\$79,43  |
|    |   |                                                                                                                                                                                                                                                |           |

**CATEGORIA VI - TOMOGRAFIA****GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0206 – DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA****FO – 020601****TOMOGRAFIA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                           | VALOR UNIT. |
|------|----------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE    | R\$91,88    |
| 2    | 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE REGIÃO CERVICAL                       | R\$91,88    |
| 3    | 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE | R\$107,07   |
| 4    | 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR                         | R\$107,07   |
| 5    | 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL                         | R\$91,88    |
| 6    | 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE    | R\$91,88    |
| 7    | 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                  | R\$91,88    |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                                        |           |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 11 | 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$91,87  |
| 12 | 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO                                                  | R\$91,87  |
| 13 | 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA                                             | R\$103,19 |
| 14 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO                                                   | R\$103,19 |
| 15 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE-PARATIREÓIDE                                     | R\$103,19 |
| 16 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE LARINGE-TIREÓIDE                                         | R\$103,19 |
| 17 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA                                                | R\$103,19 |
| 18 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILAR                                                  | R\$103,19 |
| 19 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS                                                  | R\$103,19 |
| 20 | 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OUVIDOS- MASTÓIDES                                       | R\$103,19 |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0206 – DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA****FO – 020602****TOMOGRAFIA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                        | VALOR UNIT. |
|------|----------------|--------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARCOS COSTAIS      | R\$91,87    |
| 2    | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ESTERNO CLAVICULAR | R\$91,87    |
| 3    | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO              | R\$91,87    |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaleadoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaleadoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                                                  |           |
|----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4  | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO                                                           | R\$91,87  |
| 5  | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO                                                              | R\$91,87  |
| 6  | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRAÇO                                                              | R\$91,87  |
| 7  | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRAÇO                                                             | R\$91,87  |
| 8  | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÃO                                                                | R\$91,87  |
| 9  | 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR                                    | R\$91,87  |
| 10 | 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                                              | R\$144,46 |
| 11 | 02.06.02.004-0 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO                                                 | R\$144,46 |
| 12 | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) | R\$91,87  |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0206 – DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA****FO – 020602/020603****TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                     | VALOR UNIT. |
|------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR | R\$91,87    |
| 2    | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA                            | R\$91,87    |
| 3    | 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNA                           | R\$91,87    |
| 4    | 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR                | R\$146,81   |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaleadoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaleadoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                                |           |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 5  | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL                        | R\$91,87  |
| 6  | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SACRO - ILIACA                   | R\$91,87  |
| 7  | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO                           | R\$91,87  |
| 8  | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉ                               | R\$91,87  |
| 9  | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR | R\$146,81 |
| 10 | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORNOZELO                        | R\$91,87  |
| 11 | 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CALCÂNEO                         | R\$91,87  |
| 12 | 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA - QUADRIL                  | R\$91,87  |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - DIAGNÓSTICO POR UROTOMOGRAFIA****FO – OUTRAS UROTOMOGRAFIAS**

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO              | VALOR UNIT. |
|------|--------|------------------------|-------------|
| 1    | -      | UROTOMOGRAFIA COMPLETA | R\$146,81   |
| 2    | -      | UROTOMOGRAFIA SIMPLES  | R\$146,81   |

**CATEGORIA VII - ANGIOTOMOGRAFIA****GRUPO - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - DIAGNÓSTICO POR ANGIOTOMOGRAFIA**

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

| FO - EXAMES DE ANGIOTOMOGRAFIA DIVERSAS |        |                                                               |             |
|-----------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| ITEM                                    | CÓDIGO | DESCRIÇÃO                                                     | VALOR UNIT. |
| 1                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO                            | R\$715,93   |
| 2                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL (ABDOME SUPERIOR OU PELVE)           | R\$146,81   |
| 3                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL                            | R\$146,81   |
| 4                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA – AORTA ABDOMINAL – ILIACAS MI | R\$146,81   |
| 5                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARCO AORTICO                                  | R\$146,81   |
| 6                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTÉRIAS ILÍACAS                              | R\$146,81   |
| 7                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTÉRIAS MESENTERICAS                         | R\$146,81   |
| 8                                       | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTÉRIAS RENAIIS                              | R\$146,81   |
| 10                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA                             | R\$146,81   |
| 11                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS                     | R\$103,19   |
| 12                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE MASTOIDES OU ORELHAS                       | R\$103,19   |
| 13                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR                   | R\$146,81   |
| 14                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR                   | R\$146,81   |
| 15                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO                           | R\$715,93   |
| 16                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR                             | R\$715,93   |
| 17                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX (TEP)                                | R\$146,81   |
| 18                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA DE VASOS CEREBRAIS – CARÓTIDAS E VERTEBRAIS   | R\$146,81   |
| 19                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR                     | R\$146,81   |
| 20                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO                              | R\$570,85   |
| 21                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR                     | R\$146,81   |
| 22                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR                     | R\$146,81   |
| 23                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA (ABDOME SUPERIOR OU PELVE)             | R\$146,81   |
| 24                                      | -      | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO                             | R\$539,96   |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                 |           |
|----|---|---------------------------------|-----------|
| 25 | - | ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR | R\$715,93 |
|    |   |                                 |           |

**CATEGORIA VIII - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA****GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0207 – DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNETICA****FO – 020701****RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                           | VALOR UNIT. |
|------|----------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.07.01.001-3 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL                                           | R\$284,61   |
| 2    | 02.07.01.002-1 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) | R\$284,61   |
| 3    | 02.07.01.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO                    | R\$284,61   |
| 4    | 02.07.01.004-8 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                         | R\$284,61   |
| 5    | 02.07.01.005-6 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA                            | R\$284,61   |
| 6    | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO                                     | R\$284,61   |
| 7    | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNÉTICA DA HIPÓFISE                                   | R\$284,61   |
| 8    | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITAS                                    | R\$284,61   |
| 9    | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE OUVIDOS - MASTÓIDES                        | R\$284,61   |
| 10   | 02.07.01.006-4 | RESSONANCIA MAGNETICA SEIOS DA FACE                                 | R\$284,61   |
| 11   | 02.07.01.007-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA                               | R\$284,61   |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>      |                |                                                       |             |
|----------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|-------------|
| <b>SUBGRUPO - 0207 – DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNETICA</b> |                |                                                       |             |
| <b>FO – 020702</b>                                             |                | <b>RM DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>               |             |
| ITEM                                                           | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                             | VALOR UNIT. |
| 2                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRAÇO (UNILATERAL)       | R\$284,61   |
| 3                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BRAÇO (UNILATERAL)           | R\$284,61   |
| 4                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)        | R\$284,61   |
| 5                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MÃO (UNILATERAL)             | R\$284,61   |
| 6                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL               | R\$284,61   |
| 7                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO (UNILATERAL)           | R\$284,61   |
| 8                                                              | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)           | R\$284,61   |
| 9                                                              | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARCOS COSTAIS                | R\$284,61   |
| 10                                                             | 02.07.02.003-5 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX                        | R\$284,61   |
| 11                                                             | 02.07.02.002-7 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | R\$284,61   |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>      |                |                                                       |             |
| <b>SUBGRUPO - 0207 – DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNETICA</b> |                |                                                       |             |
| <b>FO – 020703</b>                                             |                | <b>RM DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>      |             |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                      | VALOR UNIT. |
|------|----------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.07.03.001-4 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR                      | R\$284,61   |
| 2    | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR      | R\$284,61   |
| 3    | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL                               | R\$284,61   |
| 4    | 02.07.03.002-2 | RESSONANCIA MAGNETICA PENIANA                                  | R\$284,61   |
| 5    | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL (UNILATERAL) | R\$284,61   |
| 6    | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)                     | R\$284,61   |
| 7    | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA ILIACAS E FEMORAIS                       | R\$284,61   |
| 8    | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO (UNILATERAL)                   | R\$284,61   |
| 9    | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA PERNA (UNILATERAL)                       | R\$284,61   |
| 10   | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)                | R\$284,61   |
| 11   | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE PÉ (UNILATERAL)                       | R\$284,61   |
| 12   | 02.07.03.003-0 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)          | R\$284,61   |
| 13   | 02.07.03.004-9 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA    | R\$284,61   |
|      |                |                                                                |             |

**GRUPO - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNETICA**

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

| FO EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DIVERSAS |        |                                                                                                                                                                        |             |
|---------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ITEM                                        | CÓDIGO | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                              | VALOR UNIT. |
| 1                                           | -      | RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE MEMBROS SUPERIORES                                                                                                                   | R\$284,61   |
| 2                                           | -      | RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES                                                                                                                   | R\$284,61   |
| 3                                           | -      | RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA                                                                                                                                      | R\$284,61   |
| 4                                           | -      | RESSONANCIA MAGNETICA DE FÍGADO COM CONTRASTE ESPECÍFICO (CONTRASTE HEPATO-ESPECÍFICO (ÁCIDO GADOXÉTICO))                                                              | R\$284,61   |
| 5                                           | -      | RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE (FAEC)                                                         | R\$284,61   |
| 6                                           | -      | RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE – RESTRITA AOS CASOS DE IMPLANTE UNILATERAL DE PROTESE (FAEC) | R\$284,61   |
| 7                                           | -      | URORESSONANCIA                                                                                                                                                         | R\$284,61   |

**CATEGORIA IX - ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA****GRUPO - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNETICA****FO EXAMES DE ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DIVERSAS**

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO                                                                                | VALOR UNIT. |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTERIAL OU VENOSA (PESCOÇO, TÓRAX, ABDOME SUPERIOR OU Pelve) | R\$284,61   |
| 2    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)                                   | R\$284,61   |
| 3    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BASE DO CRÂNIO                                             | R\$284,61   |
| 4    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BOLSA ESCROTAL                                             | R\$284,61   |
| 5    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA (UNILATERAL)                                          | R\$284,61   |
| 6    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)                                | R\$284,61   |
| 7    | -      | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA (UNILATERAL)                                          | R\$284,61   |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568– CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaleadoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaleadoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                                                                                                      |           |
|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 8  | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO (EXCETO PUNHO)                                                                     | R\$284,61 |
| 9  | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA (UNILATERAL)                                                                     | R\$284,61 |
| 10 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE AORTA ABDOMINAL                                                                        | R\$284,61 |
| 11 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE AORTA TORÁCICA                                                                         | R\$284,61 |
| 12 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS                                                                 | R\$284,61 |
| 13 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÉ (ANTE PÉ), EXCETO TORNOZELO                                                         | R\$284,61 |
| 14 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PÊNIS                                                                                  | R\$284,61 |
| 15 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)           | R\$284,61 |
| 16 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ÓRBITA BILATERAL                                                                          | R\$284,61 |
| 17 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA OSSOS TEMPORAIS BILATERAL                                                                 | R\$284,61 |
| 18 | - | ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (EXCETO COLUNA CERVICAL OU LOMBAR) | R\$284,61 |
| 21 | - | ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA                                                                             | R\$284,61 |
|    |   |                                                                                                                      |           |

**CATEGORIA X – ANESTESIA/BLOQUEIO/CONTRASTE**

| ITEM | CÓDIGO | DESCRIÇÃO                                        | VALOR UNIT. |
|------|--------|--------------------------------------------------|-------------|
| 1    | -      | ANESTESIA POR SEDAÇÃO (leve; moderada; profunda) | R\$232,98   |
| 3    | -      | CONTRASTE                                        | R\$.132,38  |
|      |        |                                                  |             |

**CATEGORIA XI - MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****FO – 020801****APARELHO CARDIOVASCULAR**

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                                                        | VALOR UNIT. |
|------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.08.01.001-7 | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67                                                             | R\$484,55   |
| 2    | 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | R\$432,63   |
| 3    | 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)  | R\$405,68   |
| 4    | 02.08.01.004-1 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)                        | R\$176,29   |
| 5    | 02.08.01.005-0 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES                                    | R\$120,75   |
| 6    | 02.08.01.006-8 | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO                                            | R\$150,98   |
| 7    | 02.08.01.007-6 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORÇO                           | R\$227,53   |
| 8    | 02.08.01.008-4 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)        | R\$187,15   |
| 9    | 02.08.01.009-2 | DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL                                                         | R\$131,24   |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****FO - 020802****APARELHO DIGESTIVO**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                              | VALOR UNIT. |
|------|----------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.08.02.001-2 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)      | R\$141,12   |
| 2    | 02.08.02.002-0 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES                | R\$199,02   |
| 3    | 02.08.02.003-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO | R\$93,08    |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarauçu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |                |                                                             |             |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------|-------------|
| 4  | 02.08.02.005-5 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)     | R\$143,37   |
| 5  | 02.08.02.006-3 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO) | R\$143,37   |
| 6  | 02.08.02.007-1 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GASTRICO                | R\$152,73   |
| 7  | 02.08.02.008-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL        | R\$121,64   |
| 8  | 02.08.02.009-8 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA     | R\$166,51   |
| 9  | 02.08.02.010-1 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA | R\$329,16   |
| 10 | 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO       | R\$143,37   |
| 11 | 02.08.02.012-8 | IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)                  | R\$1.168,37 |

**GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****FO – 020803****APARELHO ENDOCRINO**

| ITEM | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                  | VALOR UNIT. |
|------|----------------|------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                             | R\$343,69   |
| 2    | 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO              | R\$81,84    |
| 3    | 02.08.03.003-4 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO | R\$113,63   |
| 4    | 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO                 | R\$358,69   |
| 5    | 02.08.03.005-  | TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO                        | R\$113,74   |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarauçu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|                                                                   | 0              |                                                               |             |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                               |             |
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                               |             |
| <b>FO – 020804</b>                                                |                | <b>APARELHO GENITURINARIO</b>                                 |             |
| ITEM                                                              | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                     | VALOR UNIT. |
| 1                                                                 | 02.08.04.002-1 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67                              | R\$484,55   |
| 2                                                                 | 02.08.04.003-0 | CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL                   | R\$115,37   |
| 3                                                                 | 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | R\$140,88   |
| 4                                                                 | 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                     | R\$130,23   |
| 5                                                                 | 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                   | R\$153,03   |
| 6                                                                 | 02.08.04.008-0 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR                          | R\$66,95    |
| 7                                                                 | 02.08.04.009-9 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL                        | R\$66,95    |
| 8                                                                 | 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO                      | R\$174,99   |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                               |             |
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                               |             |
| <b>FO – 020805</b>                                                |                | <b>APARELHO ESQUELÉTICO</b>                                   |             |
| ITEM                                                              | CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                     | VALOR UNIT. |
| 1                                                                 | 02.08.05.001-9 | CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO     | R\$190,96   |
| 2                                                                 | 02.08.05.002-  | CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)                    | R\$472,32   |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|                                                                   |                |                                                                                 |                    |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                   | 7              |                                                                                 |                    |
| 3                                                                 | 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)               | R\$202,26          |
| 4                                                                 | 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67                                     | R\$484,55          |
|                                                                   |                |                                                                                 |                    |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                                                 |                    |
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                                                 |                    |
| <b>FO – 020806 APARELHO NERVOSO</b>                               |                |                                                                                 |                    |
| <b>ITEM</b>                                                       | <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                | <b>VALOR UNIT.</b> |
| 1                                                                 | 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)                             | R\$463,86          |
| 2                                                                 | 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRÂNSITO LIQUORICO) | R\$217,46          |
| 3                                                                 | 02.08.06.003-0 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL                                              | R\$126,19          |
|                                                                   |                |                                                                                 |                    |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                                                 |                    |
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                                                 |                    |
| <b>FO – 020807 APARELHO RESPIRATÓRIO</b>                          |                |                                                                                 |                    |
| <b>ITEM</b>                                                       | <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                | <b>VALOR UNIT.</b> |
| 1                                                                 | 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67                                             | R\$484,55          |
| 2                                                                 | 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO                                | R\$135,03          |
| 3                                                                 | 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)                       | R\$135,68          |
| 4                                                                 | 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)                       | R\$138,20          |
|                                                                   |                |                                                                                 |                    |

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaladoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaladoaco@yahoo.com.br)

| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                                                                                     |                    |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                                                                                     |                    |
| <b>FO – 020808</b>                                                |                | <b>APARELHO HEMATOLOGICO</b>                                                                                        |                    |
| <b>ITEM</b>                                                       | <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                    | <b>VALOR UNIT.</b> |
| 1                                                                 | 02.08.08.001-5 | CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                                         | R\$119,26          |
| 2                                                                 | 02.08.08.002-3 | DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)                                                  | R\$103,13          |
| 3                                                                 | 02.08.08.003-1 | DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)                                                             | R\$57,57           |
| 4                                                                 | 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA                                                                                                  | R\$149,67          |
| <b>GRUPO 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>         |                |                                                                                                                     |                    |
| <b>SUBGRUPO - 0208 – DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b> |                |                                                                                                                     |                    |
| <b>FO – 020809</b>                                                |                | <b>OUTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EM MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>                                                    |                    |
| <b>ITEM</b>                                                       | <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                    | <b>VALOR UNIT.</b> |
| 1                                                                 | 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                                                | R\$960,31          |
| 2                                                                 | 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)                                                            | R\$70,14           |
| 3                                                                 | 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)                                                                                   | R\$306,51          |
| 4                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA COM ANÁLAGO DA SOMATOSTATINA                                                                          | R\$113,74          |
| 5                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)                                                                    | R\$113,74          |
| 6                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA DA PERFUSÃO MIOCÁRDICA DOBUTAMINA                                                                     | R\$405,68          |
| 7                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM                                                                              | R\$217,46          |
| 8                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DE PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MINIMO DE 3 PROJEÇÕES) - DIPIRIDAMOL | R\$432,63          |
| 9                                                                 | -              | CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)                                                                                 | R\$115,37          |

Açucena, Antônio Dias, Braúnas, Bugre, Córrego Novo, Dionísio, Ipatinga, Jaguarapu, Joanésia, Marliéria, Mesquita, Naque, Periquito, Pingo D'Água, Santana do Paraíso, São João do Oriente, Timóteo e Vargem Alegre.

**CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço**

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre, Ipatinga / MG - CEP 35.162-391

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, Ipatinga / MG - CEP: 35.164-279

Tel.: (31) 3830-1010 / Tel.: (31)3821-4568- CNPJ: 00.853.908/0001-48

E-mail: [consaudevaledoaco@yahoo.com.br](mailto:consaudevaledoaco@yahoo.com.br)

|    |   |                                                                                                    |           |
|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 10 | - | CINTILOGRAFIA RENAL COM CAPTOPRIL BASAL OU ESTUDO RENAL DINÂMICO BASAL COM CAPTOPRIL COM DIURÉTICO | R\$174,99 |
| 11 | - | CINTILOGRAFIA RENAL COM CAPTOPRIL OU ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO                    | R\$174,99 |
| 12 | - | CINTILOGRAFIA RENAL COM DMSA COM CAPTOPRIL                                                         | R\$174,99 |
| 13 | - | CINTILOGRAFIA RENAL COM DMSA COM PENTAVALENTE                                                      | R\$174,99 |
| 14 | - | CISTERNOCINTILOGRAFIA                                                                              | R\$130,23 |
|    |   |                                                                                                    |           |

Ipatinga /MG, 08 de maio de 2023.

---

Márcio Lima de Paula  
**Presidente Consaúde**

---

Erico Raimundo G. Fantini  
**Unimag Diganóstico por Imagem Ltda**  
CONTRATADA

---

Lucas Dias Rodrigues  
**Assessoria Jurídica**  
OAB/MG – 191.716

TESTEMUNHAS:

1- \_\_\_\_\_  
CPF Nº:2- \_\_\_\_\_  
CPF Nº