

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023

Credenciamento de profissionais/empresas prestadoras de serviços de saúde e para tratamento/prevenção ao COVID-19

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VARJÃO, ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da Comissão Permanente de Licitações, torna público para conhecimento dos interessados, que estarão abertas inscrições, das 8:00 às 11:00 horas, e das 13:00 às 17:00 horas, para o processo de **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE**, tendo como objetivo **o credenciamento de empresas, cooperativas, associações ou profissionais prestadores de serviços na área de saúde (inclusive COVID-19) e credenciamento de prestadores de serviços laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, exames e procedimentos, incluindo para a realização de exames para o tratamento/prevenção ao COVID-19, para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde**, nos termos da Lei Federal n. 8.666/93, Resolução n. 00007/2016 do TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS respectivamente, e das regras estabelecidas no presente Edital de Credenciamento Público.

1. DO OBJETO

1.1. Cadastrar **empresas, cooperativas, associações ou profissionais prestadores de serviços na área de saúde (inclusive COVID-19) e credenciamento de prestadores de serviços laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, exames e procedimentos, incluindo para a realização de exames para o tratamento/prevenção ao COVID-19, para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde**, nas especialidades abaixo relacionadas, conforme contrato de Prestação de Serviços e Termo de Credenciamento, observando o seguinte.

TECNICO DE ENFERMAGEM ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA
TECNICO DE ENFERMAGEM DO AMBULATORIO
PSICOLOGA
PSICOLOGA – Programa Qualifica APS Goiás
FISIOTERAPEUTA
FISIOTERAPEUTA – Programa Qualifica APS Goiás
EDUCADOR FÍSICO
NUTRICIONISTA
FONOAUDIOLOGO
ENFERMEIRO ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA
ENFERMEIRO AMBULATORIO
FARMACEUTICO

ODONTOLOGO
AUXILIAR DE SAUDE BUCAL
MÉDICO AMBULATORIO
MÉDICO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA
LABORATORIO DE PROTESES DENTARIAS
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA OBSTETRICIA A PARTIR DE 04 SEMANAS
MÉDICO PSIQUIATRA
MÉDICO PEDIATRA
GINECOLOGISTA/ OBSTETRA
MÉDICO CARDIOLOGISTA
MÉDICO DERMATOLOGISTA
MÉDICO UROLOGISTA
MEDICO OROTOPEDISTA

***LISTA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS DESCRITOS ITEM 7.1 E TERMO DE REFERÊNCIA**

1.1.1. O atendimento contempla a execução de todas as atividades e serviços necessários a prestação de assistência à saúde e cidadania, incluindo atendimentos COVID-19, para realização do regular atendimento para atendimento da comunidade residentes na circunscrição deste Município.

2- PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

2.1. Poderão participar de processo de avaliação curricular para o efetivo credenciamento, os profissionais, cooperativas, associações e empresas que prestam serviços relativos às áreas especificadas no item anterior e apresentem toda a documentação exigida neste edital, realize sua inscrição.

2.2. A inscrição no processo de credenciamento implica manifestação do interesse dos profissionais e/ou empresas, cooperativas e associações nas áreas em participar do processo de credenciamento junto ao município e aceitação e independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas neste Edital, seus anexos e no Regulamento Geral do Sistema de Credenciamento, bem como atos normativos pertinentes expedidos pela Administração Municipal.

2.3. Os interessados inscritos e habilitados serão selecionados mediante análise da documentação exigida no item 4 e seus subitens, cujo procedimento é de responsabilidade do município.

2.4. Não há limite de vagas para credenciamento de pessoas físicas sendo, portanto,

estabelecido limite de valores no Credenciamento.

2.5. A contratação para prestação de serviços será realizada obedecendo a ordem cronológica do credenciamento e condicionada à necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de Varjão.

3. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CHAMAMENTO

3.1. Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de chamamento por eventuais irregularidades, podendo protocolar o pedido de impugnação no prazo de 5 dias a partir da data da publicação deste.

4. DA INSCRIÇÃO E DOCUMENTOS EXIGIDOS

4.1. O interessado em participar do processo de credenciamento para os serviços na área da saúde deve, obrigatoriamente, entregar no ato da inscrição, os seguintes documentos:

Pessoa Física:

- I. CPF - Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- II. Documento de Identidade Profissional registrado no órgão competente;
- III. Certidão Negativa de débito da Fazenda Pública Federal;
- IV – Certidão Negativa de débito da Fazenda Pública Estadual;
- V – Certidão Negativa de débitos da Fazenda Municipal (da sede do licitante);
- VI – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

Pessoa Jurídica:

- I. Contrato Social – Ato constitutivo com documentação pessoal do(s) sócio(s);
- II. inscrição do CNPJ;
- III. Certidão Negativa de débito da Fazenda Pública Federal;
- IV – Certidão Negativa de débito da Fazenda Pública Estadual;
- V – Certidão Negativa de débitos da Fazenda Municipal (da sede do licitante);
- VI – Certidão de Regularidade junto ao FGTS;
- VII – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- VIII – Certidão Negativa de Falência (expedida pelo cartório distribuidor cível da Comarca da sede da empresa – em Goiás pode ser acessado pelo site: www.tjgo.jus.br)

4.2. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados por qualquer processo de cópia devendo, portanto, serem apresentadas com os respectivos originais, para autenticação no ato da inscrição, pelas pessoas designadas para este fim.

4.3. Serão aceitas as certidões positivas com efeito negativa.

5. DA FORMALIZAÇÃO DA INSCRIÇÃO, LOCAL E DATA

5.1. O interessado a se inscrever no processo de credenciamento deverá entregar a documentação exigida a partir da divulgação deste Edital, no horário compreendido entre 8:00 h às 11:00 h, e das 13:00 h às 17:00 horas de segunda a sexta-feira, na sede do Município sito na Praça Moisés Franco, nº 25, Centro, Varjão /GO.

5.2. É vedada a realização de mais de uma inscrição em nome do mesmo interessado, salvo em caso de especialidades diferentes, comprovadamente através da documentação exigida.

5.3. As informações prestadas no ato da inscrição, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

5.4. O interessado inscrito por procuração (que deverá ser pública) terá total responsabilidade pelas informações prestadas por seu procurador, arcando com eventuais erros de informações ou realização da inscrição.

6. DOS RECURSOS ORÇAMENTARIOS

6.1. As despesas constantes nos instrumentos de credenciamento terão seu custo coberto com os recursos provenientes da dotação orçamentária para o exercício de 2023.

7. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS – Tabela do Conselho Municipal de Saúde – Resolução CMS nº 002/2023.

7.1. A Remuneração dos credenciados será de acordo com o quadro abaixo:

VAGAS	RESERVA	CARGO	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA
01	04	TECNICO DE ENFERMAGEM ESTRATEGIA SAUDE DAFAMILIA	R\$ 1.800,00	40H SEMANAIS
05	10	TECNICO DE ENFERMAGEM DO AMBULATORIO	R\$ 120,00	Plantão 12 horas
01	04	PSICOLOGA	R\$ 4.000,00	40H SEMANAIS
01	04	PSICOLOGA – Programa Qualifica APS Goiás	R\$ 2.000,00	30H SEMANAIS
01	04	FISIOTERAPEUTA	R\$ 2.500,00	30H SEMANAIS
01	04	FISIOTERAPEUTA – Programa Qualifica APS Goiás	R\$ 2.000,00	30H SEMANAIS
01	04	EDUCADOR FÍSICO	R\$ 2.500,00	30H SEMANAIS
01	04	NUTRICIONISTA	R\$ 3.000,00	30H SEMANAIS
02	04	ENFERMEIRO ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	R\$ 3.300,00	40H SEMANAIS
01	04	ENFERMEIRO AMBULATORIO	R\$ 220,00	Plantão 12 horas

01	04	FARMACEUTICO	R\$3.000,00	40 H SEMANAIS
01	02	ODONTOLOGO	R\$ 4.500,00	40H SEMANAIS
05	20	AUXILIAR DE SAUDE BUCAL	R\$ 1.400,00	40H SEMANAIS
01	04	MÉDICO AMBULATORIO	R\$ 1.200,00	PLANTAO 12H De segunda à sexta
01	02		1.250,00	PLANTAO 12H Sábado, Domingo e Feriados
01	04	MÉDICO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	R\$ 14.000,00	40H SEMANAIS
		LABORATORIO DE PROTESES DENTARIAS	R\$ 7.500,00	MENSAL
01	04	MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	R\$ 80,00	EXAME

MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	R\$ 100,00	EXAME
OBSTÉTRICA A PARTIR DE 04 SEMANAS		
MÉDICO PSIQUIATRA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO PEDIATRA	R\$ 100,00	CONSULTA
GINECOLOGISTA/ OBSTETRA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO CARDIOLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO DERMATOLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO UROLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MEDICO OROTOPEDISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
FONOAUDIOLOGO	2.500,00	30H SEMANAIS

Junta Médica	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA
Médico perito com especialização em medicina do trabalho ou pessoa jurídica que tenha em seu quadro médico perito com especialização em medicina do trabalho ou experiência comprovada em perícia médica em instituto de previdência (RPPS ou RGPS).	R\$ 150,00	Consulta

Médico clínico geral ou especialista, ou pessoa jurídica que tenha em seu quadro tal profissional ou profissionais, para compor junta médica, nos casos previstos em lei.	R\$ 150,00	Consulta
---	------------	----------

VALORES POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CARGO	V.UNITÁRIO
HISTERECTOMIA TOTAL	3.000,00
HISTERECTOMIA VIA VAGINAL	3.980,00
COLECISTECTOMIA (VESICULA)	4.000,00
COLECISTECTOMIA (VESICULA POR VIDEO)	4.900,00
HERNIA UMBILICAL	2.900,00
HERNIA INGUINAL	3.200,00
HERNIA INCISIONAL	3.500,00
AMIGDALECTOMIA	2.500,00
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	3.000,00
PERINEO	2.980,00
LEVANTAMENTO DE BEXIGA	2.980,00
HEMORROIDECTOMIA	2.100,00
FIMOSE	2.700,00
CARATARA, INCLUSO RISCO CIRURGICO, EXAMES DE ACUIDADE VISUAL, BIOMECROSCOPIA, FUNDOSCOPIA E BIOMETRIA, INCLUSO A CONSULTA COM O OFTALMOLOGISTA, INCLUSO A CIRURGIA COM LENTES E 1 PÓS CIRÚRGICO	1.300,00
CESARIANA	3.500,00
LAQUEADURA	2.700,00
CIRURGIAS AMBULATÓRIAS	200,00 por procedimento

TABELA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

EXAMES CARDIOLÓGICOS	VALOR APROVADO
ECOCARDIOGRAMA ESTRESSE	300,00
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	200,00
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO INFANTIL COM SEDAÇÃO	300,00

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESÓFAGICO	700,00
ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	25,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HR(3 CANAIS)	120,00
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	120,00
TESTE ERGOMETRICO	170,00
ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DEVASOS (ATE 3 VASOS)	150,00
EXAMES UROLOGIA	VALOR APROVADO
BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL	300,00
CISTOMETRIA SIMPLES	80,00
ESTUDO URODINÂMICO (UROFLUXOMETRIA, CISTOMETRIA SIMPLES.)	400,00
ULTRASSOSSOM PRÓSTATA TRANSRETAL	90,00
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	150,00
UROFLUXOMETRIA	120,00
UROGRAFIA EXCRETORA	150,00
EXAMES OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR APROVADO
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (BERA) ADULTO	300,00
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (BERA) INFANTIL	450,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	150,00
EXAMES DE GINECOLOGIA	VALOR APROVADO
COLPOSCOPIA	150,00
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	250,00
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	380,00
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTOCOM LAUDO	110,00
ULTRASSONOGRAMAS ABDOMEN TOTAL	60,00
ULTRASSONOGRAMAS DIVERSAS	50,00
USG MORFOLOGICA	150,00
EXAMES EM GASTROENTEROLOGISTA	VALOR APROVADO
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ENDOSCOPIA	220,00
EDA C/ANESTESIA, INFANTIL E ADULTO	450,00
REED	150,00
EXAMES EM PROCTOLOGIA	VALOR APROVADO
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	500,00
ENEMA OPACO C/BOLSA E S/BOLSA DE COLOSTOMIA	300,00
RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	100,00
EXAMES EM PNEUMOLOGIA	VALOR APROVADO

BRONCOSCOPIA	500,00
ESPIROMETRIA	50,00
GASOMETRIA	50,00
EXAMES EM NEUROLOGIA	VALOR APROVADO
ELETRONEUROMIOGRAFIA (CADA MEMBRO)	127,00
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	110,00
POLISSONOGRAFIA (BIBAP)	450,00
OUTROS EXAMES DE IMAGEM	VALOR APROVADO
DENSITOMETRIA OSSEA	100,00
DOPPLER DE CAROTIDAS (CADA VASO)	150,00
DOPPLER DE TIREOIDE	150,00
DOPPLER DE VASOS (CADA MEMBRO)	150,00
RADIOGRAFIA PANORAMICA	30,00
RX DIVERSOS COM LAUDO	25,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	150,00
USG TRANSFONTANELA	150,00
EXAMES DE IMAGEM	VALOR APROVADO
PAAF MAMA	150,00
PAAF TIREOIDE	150,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEM	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES MEBROS INFERIORES	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	145,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	140,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS MEMBROS SUPERIORES	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMITÓRAX	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE/BACIA/ABDOMEM INFERIOR	180,00
TOMOGRAFIACOMPUTADORIZADA SEGMENTOS APENDICULARES	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURCIÇA	140,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX	180,00

EXAMES DE RESSONANCIA MAGNÉTICA	VALOR APROVADO
ANGIORESSONÂNCIA DE CRÂNIO	500,00
COLANGIORESSONÂNCIA	500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR	320,00
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	320,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORÁX	320,00

EXAMES DE IMAGEM	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ANGIOTOMOGRAFIAS	400,00
CISTOSCOPIA	200,00
CISTOSCOPIA COM BIOSPSIA DE BEXIGA	300,00
DOPLER RENAL	250,00
MANOMETRIAL ANORRETAL	500,00
PENIOSCOPIA	450,00
PH-METRIA	500,00
RAIO X PANORAMICO	55,00
TOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	976,54
TOMOMIEOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA	200,00
USG DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	150,00
USG DE QUADRIL	150,00
RADIOGRAFIA PERI APICAL INTERPROXIMAL	20,00
PANORAMICA/ORTODÔNTICA	50,00
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	145,00
VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	150,00
VIDEOESTROBOSCOPIA	150,00
VIDEONASOFIBROSCOPIA	150,00
VIDEONASOLARINGOSCOPIA	150,00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ALDOSTERONA	24,00
ACIDO URICO	2,85
ALFA FETO PROTEÍNA	40,00
ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	140,00
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS URINARIOS	4,00
ANTICARDIOLIPINA IGG	48,00

ANTICARDIOLIPINA IGM	48,00
ANTICORPO ANT ILHOTA	23,36
ANTICORPO ANTI INSULINA	24,46
BILIRRUBINA	3,00
BETA HCG	5,00
CALCIO	2,85
COOMBS	3,73
COLESTEROL HDL	5,01
CERULOSPLAMINA	36,00
COPROLOGICO FUNCIONAL	50,00
CURVA GLICEMICA	15,00
DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	100,00
DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	40,00
DESIDROGENASE LÁCTICA	4,50
DESIDROGENASE LÁTICA (DHL) ENZIMA	5,00
GGT (GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE)	5,00
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	18,90
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	50,00
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	60,00
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	30,00
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	30,00
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	40,00
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	64,31
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	40,00
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO	70,00
DOSAGEM DE AMILASE	3,50
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	19,06
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	30,00
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	4,50
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	5,00
DOSAGEM DE CREATININA	2,50
DOSAGEM DE COBRE	50,00
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	20,00
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	20,00
DOSAGEM DE CORTISOL	18,00
DOSAGEM DE FATOR V	51,00
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	29,00
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	30,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	40,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	35,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	35,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	35,00
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	20,00
DOSAGEM DE RENINA	126,00
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30,00
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30,00

DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA)	18,90
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	20,00
DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	33,50
DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSADA	12,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	29,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS	10,00
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTOS/PARA FINS	60,00
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICOVAGINAL/MICROFLORA	15,00
FOSFATASE	3,00
FOSFORO	2,85
FERRO	4,51
GASOMETRIA	50,00
GORDURA FECAL	13,00
GLICEMIA DE JEJUM	3,00
GRUPO SANGUINEO	5,00
HLA-B27	46,40
HEMOGRAMA	5,00
LIPASE	3,25
LITIO	4,25
PARASITOLÓGICOS DE FEZES	2,85
PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	140,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI DNA	140,18
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	15,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	40,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	100,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	15,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	50,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	25,00
PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT - PCR	170,00
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	28,80
POTASSIO	2,85
PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	2,85
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	10,00

RETICULOCITOS	5,00
SANGUE OCULTO	10,00
SÓDIO	3,00
TEMPO DE TROMBINA	10,00
TESTE ETA-ABS IGM P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	19,00
TESTE ETA-ABS-IGG P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	19,00
TROPONINA	15,00
TGO (TRANSAMINASE GLUTÂMICO OXALACÉTICA)	3,01
TGP (TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA)	3,01
TESTOSTERONA	40,00
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	80,00
TIREOGLOBULINA	55,00
URÉIA	2,85
UROCULTURA	10,00
VDRL	3,83
VITAMINA B 12	50,00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ANT-CENTROMEPO	25,00
ANTI- DNASE B	50,00
ANTI- GAD	60,00
ANTI- NEUTROFILOS C-ANCA	30,00
ANTI- NEUTROFILOS P-ANCA	30,00
ANTIA-FATOR NTRÍNSECO	20,00
ANTI-CARDIOLIPIA IGA	20,00
ANTI-CINTRULINA	30,00
ANTI-CORPO ANTI CHIKUNGUIA IGG E IGM	30,00
ANTICORPO TOTAIS ANTI GONOCOCOS	30,00
ANTI-ENDONESIO IGA	20,00
ANTI- COAGULANTE LÚPICO	40,00
ANTI-ENDONESIO IGG	20,00
ANTI-ENDONESIO IGM	20,00
ANTIFOSFOLÍPIDES	60,00
ANTI-GLADINA IGA	18,00
ANTI-GLADINA IGG	18,00
ANTI-GLADINA IGM	30,00
ANTI-HISTONA	30,00
ANTI-NMO ANTICORPOS IGG	100,00

ANTI-PERCEPTOR DE TSH, TRAB	20,00
APOLOPOPROTEINA A1	28,54
APOLOPOPROTEINA B	28,23
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGA	75,00
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGG	75,00
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGM	75,00
CULTURA PARA BACTERUAS AUTOMATIZADAS	30,00
DEDÍMERO	50,00
DENGUE ANTICORPO IGM	30,00
DENGUE ANTICORPO IGG	30,00
DENGUE ANTÍGENO NS I	32,00
DENGUE IMUNOCROMATOGRÁFIA	30,00
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGG	40,00
HOMOCISTENEMIA, MUTAÇÃO GENÉTICA MTHFR	20,00
LACTOSE A PROVA DE ABSORÇÃO	30,00
PROTEINA LIGADORA-3 DO IGF	30,00
PROTROMBINA, MUTAÇÃO GENÉTICA, GENE G20210A	100,00
TOPIPAMATO ELISA IGG	80,00
TOXOPLASMOSE PCR QUALITATIVO DIVERSOS	80,00
VITAMINA A VITAMINA D3, 1,25 HIFROXI VITAMINA D, VITAMINA E, VITAMINA K	60,00

EXAMES OFTALMOLÓGICOS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
CALAZIO – CO	400,00
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - AO	60,00
CERATOSCOPIA - AO	84,87
CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA – CO	1.000,00
CONSULTA	100,00
CORREÇÃO CIRURGICA DE ESTRABISMO – CO	2.500,00
CURVA DE PRESSÃO - AO	41,33
ECOBIOMETRIA – CO	55,10
FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	850,00
FACOEMULSIFICACAO COM LIO DOBRÁVEL	1.400,00

FOTOCOAGULAÇÃO A LASER – AO	255,00
FUNDOSCOPIA – AO	50,00
GONIOSCOPIA – AO	22,04
IRIDOTOMA A LASER – CO	292,50
MAPEAMENTO DE RETINA - AO	60,00
MICROSCOPIA ESPECULAR – AO	150,00
OCT-TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA MACULA – AO	150,00
OCT-TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA PÁPILO – AO	150,00
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA – AO	41,32
PTERÍGIO	600,00
REITOGRAFIA A LASER – AO	113,43
RETINOGRÁFIA – AO	120,00
RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR – AO	240,00
TONOMETRIA – AO	28,00
TOPOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA –AO	200,00
TOPOGRÁFIA DE CÔRNEA – AO	60,00
TRABECULECTOMIA – CO	1.600,00
TRANSPLANTE DE CORNEA – CO	5.000,00
ULTRASSONOGRÁFIA DO GLOBO OCULAR – AO	150,00
VITRECTOMIA POSTERIOR – CO	3.000,00
VITRECTOMIA ANTERIOR – CO	1.800,00
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER –CO	7.000,00
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER – CO	7.500,00
YAG LASER - CO	500,00

PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS		
DESCRIÇÃO	QUANT. OLHO	VALOR APROVADO
ANEL DE FERRARA	CO	2.700,00
ANGIOFLUORESCENCIÓGRAFIA	AO	150,00
APLICAÇÃO DE AVASTIN	CO	1.400,00

APLICAÇÃO DE LUCETIN	CO	3.500,00
APLICAÇÃO DE MITOMICINA	CO	500,00
APLICAÇÃO DE OUZURDEX	CO	4.200,00
BLEFAROPLASTIA	AO	2.300,00
CAMPO VISUAL	AO	80,00
CAMPO VISUAL BLUE YELLOW	AO	80,00
CATARATA COM LENTE NACIONAL+TRABECULECTOMIA+MITOMICINA	AO	6.200,00
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA	AO	3.500,00
CLOSSLINKING	CO	1.200,00
CURVA DE DEPRESSAO BINOCULAR	AO	160,00
CURVA TENSIONAL DIARIA	AO	80,00
CURVA TENSIONAL DIARIA	AO	80,00
ECOBIMETRIA MONOCULAR	AO	80,00
ECOBIMETRIA MONOCULAR	AO	160,00
ENTROPIO PALPEBRA/ECTROPIO	AO	5.300,00
EXERESE EM PTERIGIO COM MEMBRANA AMINIOTIA	AO	2.600,00
ORBSCAN	AO	200,00
PAPILOGRAFIA	CO	100,00
PROTESE OCULAR	CO	1.600,00
RETIRADA DE OLEO COM CIRURGIA DE CATARATA COM LENTE NACIONAL	AO	8.000,00
VITRECTOMIA POSTERIOR + ENDOLASER + TROCA FUIDA GASOSA	CO	10.000,00

7.2. O credenciado será remunerado em conformidade com os serviços prestados, observados os limites estabelecidos em credenciamento.

8. DO PRAZO DE VALIDADE E DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CHAMAMENTO PUBLICO

8.1. O prazo de validade do presente Edital de Chamamento será até 31 de dezembro de 2023, a contar da data de sua publicação, podendo neste período ser publicado edital suplementar sem a necessidade de revogação deste.

8.2. O presente processo de chamamento público poderá ser revogado por razões de interesse público e da Administração, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados pertinentes para justificar sua revogação.

8.3. Os contratos que vierem a ser firmados em decorrência deste procedimento terão vigência de 12 (doze) meses a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogados nos termos do artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93,

9. DO FORO

9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Varjão - Goiás, para dirimir qualquer dúvida oriunda da aplicação deste Edital.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. O setor de Contratos e a CPL, além do recebimento e exame da documentação, caberão em observância às disposições estabelecidas neste Edital e demais legislações pertinentes, conduzirem as atividades correlatas.

10.2. O credenciado deve arcar, no âmbito de suas respectivas responsabilidades com despesas de natureza social, trabalhista, previdenciária, tributária, securitária ou indenizatória, não possuindo o credenciado qualquer vínculo empregatício com o Município.

10.3. Integram o presente Edital, os anexos abaixo mencionados.

ANEXO I

Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

Varjão, 17 de fevereiro de 2023.

VIVIANE LOURDES SOUZA LUIZ PEREIRA
GESTORA DO FMS

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

1 DO OBJETO

O objeto do presente termo de referência é a realização de chamamento público visando o credenciamento de **empresas, cooperativas, associações ou profissionais prestadores de serviços na área de saúde (inclusive COVID-19) e credenciamento de prestadores de serviços laboratoriais, procedimentos cirúrgicos, exames e procedimentos, incluindo para a realização de exames para o tratamento/prevenção ao COVID-19, para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.**

Valor estimado anual: R\$ 1000.000,00 (um milhão de reais)

2 DA JUSTIFICATIVA

A presente contratação faz-se necessária para atender às expectativas da população local, tendo como apoio às situações emergenciais e tratamentos de saúde, cumprindo com a função institucional, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população de Varjão.

3 DOS VALORES

Os valores praticados pela Secretaria Municipal de Saúde, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (Resolução CMS nº 002/2023), são:

VAGAS	RESERVA	CARGO	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA
01	04	TECNICO DE ENFERMAGEM ESTRATEGIA SAUDE DAFAMILIA	R\$ 1.800,00	40H SEMANAIS
05	10	TECNICO DE ENFERMAGEM DO AMBULATORIO	R\$ 120,00	Plantão 12 horas
01	04	PSICOLOGA	R\$ 4.000,00	40H SEMANAIS
01	04	PSICOLOGA – Programa Qualifica APS Goiás	R\$ 2.000,00	30H SEMANAIS
01	04	FISIOTERAPEUTA	R\$ 2.500,00	30H SEMANAIS
01	04	FISIOTERAPEUTA – Programa Qualifica APS Goiás	R\$ 2.000,00	30H SEMANAIS
01	04	EDUCADOR FÍSICO	R\$ 2.500,00	30H SEMANAIS
01	04	NUTRICIONISTA	R\$ 3.000,00	30H SEMANAIS
02	04	ENFERMEIRO ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	R\$ 3.300,00	40H SEMANAIS
01	04	ENFERMEIRO AMBULATORIO	R\$ 220,00	Plantão 12 horas

01	04	FARMACEUTICO	R\$3.000,00	40 H SEMANAIS
01	02	ODONTOLOGO	R\$ 4.500,00	40H SEMANAIS
05	20	AUXILIAR DE SAUDE BUCAL	R\$ 1.400,00	40H SEMANAIS
01	04	MÉDICO AMBULATORIO	R\$ 1.200,00	PLANTAO 12H De segunda à sexta
01	02		1.250,00	PLANTAO 12H Sábado, Domingo e Feriados
01	04	MÉDICO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	R\$ 14.000,00	40H SEMANAIS
		LABORATORIO DE PROTESES DENTARIAS	R\$ 7.500,00	MENSAL
01	04	MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	R\$ 80,00	EXAME

MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	R\$ 100,00	EXAME
OBSTÉTRICA A PARTIR DE 04 SEMANAS		
MÉDICO PSIQUIATRA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO PEDIATRA	R\$ 100,00	CONSULTA
GINECOLOGISTA/ OBSTETRA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO CARDIOLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO DERMATOLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MÉDICO UROLOGISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
MEDICO OROTOPEDISTA	R\$ 100,00	CONSULTA
FONOAUDIOLOGO	2.500,00	30H SEMANAIS

Junta Médica	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA
Médico perito com especialização em medicina do trabalho ou pessoa jurídica que tenha em seu quadro médico perito com especialização em medicina do trabalho ou experiência comprovada em perícia médica em instituto de previdência (RPPS ou RGPS).	R\$ 150,00	Consulta

Médico clínico geral ou especialista, ou pessoa jurídica que tenha em seu quadro tal profissional ou profissionais, para compor junta médica, nos casos previstos em lei.	R\$ 150,00	Consulta
---	------------	----------

VALORES POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CARGO	V.UNITÁRIO
HISTERECTOMIA TOTAL	3.000,00
HISTERECTOMIA VIA VAGINAL	3.980,00
COLECISTECTOMIA (VESICULA)	4.000,00
COLECISTECTOMIA (VESICULA POR VIDEO)	4.900,00
HERNIA UMBILICAL	2.900,00
HERNIA INGUINAL	3.200,00
HERNIA INCISIONAL	3.500,00
AMIGDALECTOMIA	2.500,00
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	3.000,00
PERINEO	2.980,00
LEVANTAMENTO DE BEXIGA	2.980,00
HEMORROIDECTOMIA	2.100,00
FIMOSE	2.700,00
CARATARA, INCLUSO RISCO CIRURGICO, EXAMES DE ACUIDADE VISUAL, BIOMECROSCOPIA, FUNDOSCOPIA E BIOMETRIA, INCLUSO A CONSULTA COM O OFTALMOLOGISTA, INCLUSO A CIRURGIA COM LENTES E 1 PÓS CIRÚRGICO	1.300,00
CESARIANA	3.500,00
LAQUEADURA	2.700,00
CIRURGIAS AMBULATORIAIS	200,00 por procedimento

TABELA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

EXAMES CARDIOLÓGICOS	VALOR APROVADO
ECOCARDIOGRAMA ESTRESSE	300,00
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	200,00

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO INFANTIL COM SEDAÇÃO	300,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESÓFAGICO	700,00
ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	25,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HR(3 CANAIS)	120,00
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	120,00
TESTE ERGOMETRICO	170,00
ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DEVASOS (ATE 3 VASOS)	150,00
EXAMES UROLOGIA	VALOR APROVADO
BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL	300,00
CISTOMETRIA SIMPLES	80,00
ESTUDO URODINÂMICO (UROFLUXOMETRIA, CISTOMETRIA SIMPLES.)	400,00
ULTRASSOSSOM PRÓSTATA TRANSRETAL	90,00
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	150,00
UROFLUXOMETRIA	120,00
UROGRAFIA EXCRETORA	150,00
EXAMES OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR APROVADO
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (BERA) ADULTO	300,00
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (BERA) INFANTIL	450,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	150,00
EXAMES DE GINECOLOGIA	VALOR APROVADO
COLPOSCOPIA	150,00
HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	250,00
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	380,00
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO COM LAUDO	110,00
ULTRASSONOGRAFIAS ABDOMEN TOTAL	60,00
ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS	50,00
USG MORFOLOGICA	150,00
EXAMES EM GASTROENTEROLOGISTA	VALOR APROVADO
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ENDOSCOPIA	220,00
EDA C/ANESTESIA, INFANTIL E ADULTO	450,00
REED	150,00
EXAMES EM PROCTOLOGIA	VALOR APROVADO
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	500,00
ENEMA OPACO C/BOLSA E S/BOLSA DE COLOSTOMIA	300,00
RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	100,00

EXAMES EM PNEUMOLOGIA	VALOR APROVADO
BRONCOSCOPIA	500,00
ESPIROMETRIA	50,00
GASOMETRIA	50,00
EXAMES EM NEUROLOGIA	VALOR APROVADO
ELETRONEUROMIOGRAFIA (CADA MEMBRO)	127,00
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	110,00
POLISSONOGRAMA (BIBAP)	450,00
OUTROS EXAMES DE IMAGEM	VALOR APROVADO
DENSITOMETRIA OSSEA	100,00
DOPPLER DE CAROTIDAS (CADA VASO)	150,00
DOPPLER DE TIREOIDE	150,00
DOPPLER DE VASOS (CADA MEMBRO)	150,00
RADIOGRAFIA PANORAMICA	30,00
RX DIVERSOS COM LAUDO	25,00
ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	150,00
USG TRANSFONTANELA	150,00
EXAMES DE IMAGEM	VALOR APROVADO
PAAF MAMA	150,00
PAAF TIREOIDE	150,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEM	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES MEBROS INFERIORES	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	145,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	140,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS MEMBROS SUPERIORES	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMITÓRAX	180,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADAPELVE/BACIA/ABDOMEM INFERIOR	180,00
TOMOGRAFIACOMPUTADORIZADA SEGMENTOSAPENDICULARES	130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURCIÇA	140,00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TÓRAX	180,00
EXAMES DE RESSONANCIA MAGNÉTICA	VALOR APROVADO
ANGIORESSONÂNCIA DE CRÂNIO	500,00
COLANGIORESSONÂNCIA	500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR	320,00
RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	320,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORÁX	320,00

EXAMES DE IMAGEM	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ANGIOTOMOGRAFIAS	400,00
CISTOSCOPIA	200,00
CISTOSCOPIA COM BIOSPSIA DE BEXIGA	300,00
DOPLER RENAL	250,00
MANOMETRIAL ANORRETAL	500,00
PENIOSCOPIA	450,00
PH-METRIA	500,00
RAIO X PANORAMICO	55,00
TOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	976,54
TOMOMIEOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA	200,00
USG DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	150,00
USG DE QUADRIL	150,00
RADIOGRAFIA PERI APICAL INTERPROXIMAL	20,00
PANORAMICA/ORTODÔNTICA	50,00
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	145,00
VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	150,00
VIDEOESTROBOSCOPIA	150,00
VIDEONASOFIBROSCOPIA	150,00
VIDEONASOLARINGOSCOPIA	150,00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ALDOSTERONA	24,00
ACIDO URICO	2,85
ALFA FETO PROTEÍNA	40,00
ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	140,00

ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS URINARIOS	4,00
ANTICARDIOLIPINA IGG	48,00
ANTICARDIOLIPINA IGM	48,00
ANTICORPO ANT ILHOTA	23,36
ANTICORPO ANTI INSULINA	24,46
BILIRRUBINA	3,00
BETA HCG	5,00
CALCIO	2,85
COOMBS	3,73
COLESTEROL HDL	5,01
CERULOSPLAMINA	36,00
COPROLOGICO FUNCIONAL	50,00
CURVA GLICEMICA	15,00
DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	100,00
DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	40,00
DESIDROGENASE LÁCTICA	4,50
DESIDROGENASE LÁTICA (DHL) ENZIMA	5,00
GGT (GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE)	5,00
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	18,90
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	50,00
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	60,00
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	30,00
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	30,00
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	40,00
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	64,31
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	40,00
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO	70,00
DOSAGEM DE AMILASE	3,50
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	19,06
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	30,00
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	4,50
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	5,00
DOSAGEM DE CREATININA	2,50
DOSAGEM DE COBRE	50,00
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	20,00
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	20,00
DOSAGEM DE CORTISOL	18,00
DOSAGEM DE FATOR V	51,00
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	29,00
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	30,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	40,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	35,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	35,00
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	35,00
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	20,00
DOSAGEM DE RENINA	126,00

DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30,00
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30,00
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA)	18,90
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	20,00
DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	33,50
DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSADA	12,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	29,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS	10,00
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTOS/PARA FINS	60,00
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICOVAGINAL/MICROFLORA	15,00
FOSFATASE	3,00
FOSFORO	2,85
FERRO	4,51
GASOMETRIA	50,00
GORDURA FECAL	13,00
GLICEMIA DE JEJUM	3,00
GRUPO SANGUINEO	5,00
HLA-B27	46,40
HEMOGRAMA	5,00
LIPASE	3,25
LITIO	4,25
PARASITOLÓGICOS DE FEZES	2,85
PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	140,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI DNA	140,18
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	15,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	40,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	100,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	15,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	25,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	50,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	25,00
PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT - PCR	170,00
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	28,80
POTASSIO	2,85

PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	2,85
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	10,00
RETICULOCITOS	5,00
SANGUE OCULTO	10,00
SÓDIO	3,00
TEMPO DE TROMBINA	10,00
TESTE ETA-ABS IGM P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	19,00
TESTE ETA-ABS-IGG P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	19,00
TROPONINA	15,00
TGO (TRANSAMINASE GLUTÂMICO OXALACÉTICA)	3,01
TGP (TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA)	3,01
TESTOSTERONA	40,00
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	80,00
TIREOGLOBULINA	55,00
URÉIA	2,85
UROCULTURA	10,00
VDRL	3,83
VITAMINA B 12	50,00

EXAMES LABORATORIAIS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
ANT-CENTROMEPO	25,00
ANTI- DNASE B	50,00
ANTI- GAD	60,00
ANTI- NEUTROFILOS C-ANCA	30,00
ANTI- NEUTROFILOS P-ANCA	30,00
ANTIA-FATOR NTRÍNSECO	20,00
ANTI-CARDIOLIPIA IGA	20,00
ANTI-CINTRULINA	30,00
ANTI-CORPO ANTI CHIKUNGUIA IGG E IGM	30,00
ANTICORPO TOTAIS ANTI GONOCOCOS	30,00
ANTI-ENDONESIO IGA	20,00
ANTI- COAGULANTE LÚPICO	40,00
ANTI-ENDONESIO IGG	20,00
ANTI-ENDONESIO IGM	20,00
ANTIFOSFOLÍPIDES	60,00
ANTI-GLADINA IGA	18,00
ANTI-GLADINA IGG	18,00
ANTI-GLADINA IGM	30,00
ANTI-HISTONA	30,00
ANTI-NMO ANTICORPOS IGG	100,00
ANTI-PERCEPTOR DE TSH, TRAB	20,00
APOLOPOPROTEINA A1	28,54

APOLOPOPROTEINA B	28,23
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGA	75,00
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGG	75,00
CORONAVIRUS ANTICORPOS IGM	75,00
CULTURA PARA BACTERUAS AUTOMATIZADAS	30,00
DEDÍMERO	50,00
DENGUE ANTICORPO IGM	30,00
DENGUE ANTICORPO IGG	30,00
DENGUE ANTÍGENO NS I	32,00
DENGUE IMUNOCROMATOGRÁFIA	30,00
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGG	40,00
HOMOCISTENEMIA, MUTAÇÃO GENÉTICA MTHFR	20,00
LACTOSE A PROVA DE ABSORÇÃO	30,00
PROTEINA LIGADORA-3 DO IGF	30,00
PROTROMBINA, MUTAÇÃO GENÉTICA, GENE G20210A	100,00
TOPIPAMATO ELISA IGG	80,00
TOXOPLASMOSE PCR QUALITATIVO DIVERSOS	80,00
VITAMINA A VITAMINA D3, 1,25 HIFROXI VITAMINA D, VITAMINA E, VITAMINA K	60,00

EXAMES OFTALMOLÓGICOS	
DESCRIÇÃO	VALOR APROVADO
CALAZIO – CO	400,00
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - AO	60,00
CERATOSCOPIA - AO	84,87
CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA – CO	1.000,00
CONSULTA	100,00
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO – CO	2.500,00
CURVA DE PRESSÃO - AO	41,33
ECOBIMETRIA – CO	55,10
FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	850,00
FACOEMULSIFICAÇÃO COM LIO DOBRÁVEL	1.400,00
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER – AO	255,00
FUNDOSCOPIA – AO	50,00
GONIOSCOPIA – AO	22,04
IRIDOTOMA A LASER – CO	292,50

MAPEAMENTO DE RETINA - AO	60,00
MICROSCOPIA ESPECULAR – AO	150,00
OCT-TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA MACULA – AO	150,00
OCT-TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA PAPILA – AO	150,00
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA – AO	41,32
PTERIGIO	600,00
REITOGRAFIA A LASER – AO	113,43
RETINOGRAFIA – AO	120,00
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR – AO	240,00
TONOMETRIA – AO	28,00
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA –AO	200,00
TOPOGRAFIA DE CÓRNEA – AO	60,00
TRABECULECTOMIA – CO	1.600,00
TRANSPLANTE DE CORNEA – CO	5.000,00
ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR – AO	150,00
VITRECTOMIA POSTERIOR – CO	3.000,00
VITRECTOMIA ANTERIOR – CO	1.800,00
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER –CO	7.000,00
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER – CO	7.500,00
YAG LASER - CO	500,00

PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGICOS		
DESCRIÇÃO	QUANT. OLHO	VALOR APROVADO
ANEL DE FERRARA	CO	2.700,00
ANGIOFLOURRESCEINOGRFIA	AO	150,00
APLICAÇÃO DE AVASTIN	CO	1.400,00
APLICAÇÃO DE LUCETIN	CO	3.500,00
APLICAÇÃO DE MITOMICINA	CO	500,00
APLICAÇÃO DE OUZURDEX	CO	4.200,00
BLEFAROPLASTIA	AO	2.300,00
CAMPO VISUAL	AO	80,00
CAMPO VISUAL BLUE YELLOW	AO	80,00
CATARATA COM LENTE NACIONAL+TRABECULECTOMIA+MITOMICINA	AO	6.200,00
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA	AO	3.500,00
CLOSSLINKING	CO	1.200,00

CURVA DE DEPRESSÃO BINOCULAR	AO	160,00
CURVA TENSIONAL DIÁRIA	AO	80,00
CURVA TENSIONAL DIÁRIA	AO	80,00
ECOBIMETRIA MONOCULAR	AO	80,00
ECOBIMETRIA MONOCULAR	AO	160,00
ENTROPIO PALPEBRA/ECTROPIO	AO	5.300,00
EXERESE EM PTERIGIO COM MEMBRANA AMINIOTIA	AO	2.600,00
ORBSCAN	AO	200,00
PAPILOGRAFIA	CO	100,00
PROTESE OCULAR	CO	1.600,00
RETIRADA DE OLEO COM CIRURGIA DE CATARATA COM LENTE NACIONAL	AO	8.000,00
VITRECTOMIA POSTERIOR + ENDOLASER + TROCA FUIDA GASOSA	CO	10.000,00

4 DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

5 DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

A **CONTRATANTE** obriga-se a:

- Efetuar o pagamento à vencedora, até o 10º (décimo) dia útil após o recebimento, contra apresentação da Nota Fiscal/Fatura, mediante liberação pelo CONTROLE INTERNO;
- Acompanhar e fiscalizar a perfeita execução deste contrato através de servidor designado para este fim.
- Impedir que terceiros estranhos ao contrato forneçam o objeto contratado;
- Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela vencedora;

A **CONTRATADA** obriga-se a:

- Fornecer, sempre que solicitado, documentos que comprovem a manutenção de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- Assumir toda a responsabilidade pelos encargos fiscais e comerciais resultantes da adjudicação da presente licitação;
- Responder pelas despesas resultantes de quaisquer ações, demandas decorrentes de danos, seja por culpa da vencedora ou quaisquer de seus empregados e prepostos, obrigando-se, outrossim, por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais de terceiros, que lhes venham a serem exigidas por força de Lei, ligados ao cumprimento da presente contratação.
- Manter durante a execução do Contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas.

6 DO PAGAMENTO

O pagamento será feito à contratada até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente mediante fatura/nota fiscal devidamente atestada pela Unidade Requisitante, e liberação pelo CONTROLE INTERNO.

7 DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nenhuma indenização será devida aos licitantes pela elaboração e/ou apresentação de quaisquer documentos relativos a esta licitação.



Em caso de dúvida, a interessada deverá contatar a Prefeitura Municipal, através do telefone (64) 3554-1279, no horário de 08:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas, para obtenção dos esclarecimentos que julgar necessários.

**VIVIANE LOURDES SOUZA LUIZ PEREIRA
GESTORA DO FMS**

ANEXO II

Contrato de Prestação de Serviços que entre si
fazem o Município de Varjão/GO e

CONTRATO N.º ____/2023.

O presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS** ajusta-se mediante cláusulas e condições alinhadas adiante.

DAS PARTES:

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VARJÃO, ESTADO DE GOIÁS, inscrito no CNPJ n.º _____, com endereço Praça Moisés Franco n.º 25 - Centro, em Varjão – GO, neste ato representado por sua Gestora, a Senhora _____, brasileira, residente e domiciliado nesta cidade, CPF n.º 000.000.000-00, carteira de identidade n.º 0000000, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e a Empresa _____, com sede à _____, CEP: _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, neste ato representada pelo (a) Senhor (a). _____, estado civil _____, portador (a) da Carteira de Identidade n.º _____, expedida pela SSP/___e do CPF n.º _____, residente e domiciliado (a) _____, doravante denominada **CONTRATADA**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO:

Este instrumento está fundamentado nas disposições da Lei 8666/93 e suas alterações e ainda pelo processo de Chamamento Público n.º 001/2023, o qual passa a fazer parte deste Contrato sem sua necessária transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO:

Contratação de prestação de serviços de _____ (para atendimento das necessidades da Secretaria Municipal de Saúde/para o tratamento/prevenção ao COVID-19), conforme especificações contidas no Edital do Chamamento Público n.º 001/2023, parte integrante deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO:

O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR:

Pela execução do presente Contrato o Contratante pagará a Contratada o valor de R\$ _____ (_____).

CLÁUSULA QUINTA – FORMA DE PAGAMENTO:

O pagamento será feito à contratada até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente mediante fatura/nota fiscal devidamente atestada pela Unidade Requisitante, e liberação pelo CONTROLE INTERNO.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

A despesa com a presente licitação correrá sob a ficha orçamentária desta Prefeitura com as seguintes classificações:

FICHA: _____

DOTAÇÃO COMPACTADA: _____

NATUREZA DA DESPESA: _____

SUB-NATUREZA: _____

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES:

A **CONTRATANTE** obriga-se a:

- a) Efetuar o pagamento à vencedora, até o 10º (décimo) dia útil após o recebimento, contra apresentação da Nota Fiscal/Fatura, mediante liberação pelo CONTROLE INTERNO;
- b) Acompanhar e fiscalizar a perfeita execução deste contrato através de servidor designado para este fim.
- c) Impedir que terceiros estranhos ao contrato forneçam o objeto contratado;
- d) Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela vencedora;

A **CONTRATADA** obriga-se a:

- e) Fornecer, sempre que solicitado, documentos que comprovem a manutenção de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- f) Assumir toda a responsabilidade pelos encargos fiscais e comerciais resultantes da adjudicação da presente licitação;
- g) Responder pelas despesas resultantes de quaisquer ações, demandas decorrentes de danos, seja por culpa da vencedora ou quaisquer de seus empregados e prepostos, obrigando-se, outrossim, por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais de terceiros, que lhes venham a serem exigidas por força de Lei, ligados ao cumprimento da presente contratação.
- h) Manter durante a execução do Contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATADO

O CONTRATADO é responsável pelos danos causados diretamente à administração ou a terceiros, decorrente de sua culpa ou dolo na execução do Contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pelo o órgão interessado, conforme disposto no artigo 70 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES:

O presente contrato poderá ser alterado nos termos do artigo 65 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO:

O presente contrato poderá ser rescindido em conformidade com os termos dos artigos 77 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO:

Fica eleito o Foro da Comarca de Varjão, Estado de Goiás, para dirimir as dúvidas que originarem da execução do presente Contrato.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias, com as testemunhas abaixo.

Varjão - GO, ___ de _____ de 2023

CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:
