

ATENÇÃO - O Banco de Preços é uma solução tecnológica que atende aos parâmetros de pesquisa dispostos em Leis vigentes, Instruções Normativas, Acórdãos, Regulamentos, Decretos e Portarias. Sendo assim, por reunir diversas fontes governamentais, complementares e sites de domínio amplo, o sistema não é considerado uma fonte e, sim, um meio para que as pesquisas sejam realizadas de forma segura, ágil e eficaz.

Fontes utilizadas nesta cotação:

1 - Portal Nacional de Contratações Públicas  
<https://www.gov.br/pncp/pt-br>

Data: 26/08/2025 10:36:45

[Acessar a fonte aqui](#)



CIDADÃO / CAPA

**Licitação**

Registro de Preço para futura e eventual contratação de empresa para serviços especializados na realização de exames e consultas visando atender as demandas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Nova Guarita - MT

**LICITAÇÃO Nº:** 00000000007/2025

**MODALIDADE:** Pregão eletrônico (Bens e serviços comuns)

**MUNICÍPIO:** NOVA GUARITA

**ENTIDADE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA GUARITA

**PUBLICAÇÃO DO EDITAL:** 02/06/2025

**ABERTURA PROPOSTAS:** 13/05/2025

**LIMITE P/ RECEBIMENTO PROPOSTAS:** 13/05/2025

**Histórico de Situação**

**HOMOLOGADA em 02/06/2025**

**Ítems**

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO SOROLOGIA HEPATITE B (HBC IGM)**

Quantidade: 100 por R\$ 35,00 = R\$ 3.500,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MARIA APARECIDA DONADEL GUIMARAES, LABVIDA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO BRUCELOSE**

Quantidade: 100 por R\$ 20,00 = R\$ 2.000,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MARIA APARECIDA DONADEL GUIMARAES, LABVIDA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO DENGUE, SOROLOGIA (IGM)**

Quantidade: 12 por R\$ 44,50 = R\$ 534,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MARIA APARECIDA DONADEL GUIMARAES, LABVIDA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DOSAGEM DE INSULINA BASAL**

Quantidade: 250 por R\$ 52,00 = R\$ 13.000,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MARIA APARECIDA DONADEL GUIMARAES, LABVIDA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA



RLS  
RUB

332

- **SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA DE TORAX COM CONTRASTE**  
Quantidade: 100 por R\$ 758,20 = R\$ 75.820,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX**  
Quantidade: 150 por R\$ 635,48 = R\$ 95.322,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE**  
Quantidade: 80 por R\$ 569,83 = R\$ 45.586,40  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO UNILATERAL**  
Quantidade: 60 por R\$ 621,22 = R\$ 37.273,20  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE**  
Quantidade: 100 por R\$ 541,08 = R\$ 54.108,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAO X DE CAVUN**  
Quantidade: 03 por R\$ 130,90 = R\$ 392,70  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - RAO X COLUNA LOMBO-SACRA C/ OBLIQUAS**  
Quantidade: 03 por R\$ 229,50 = R\$ 688,50  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - RAO X DE MANDIBULA AP + P**  
Quantidade: 03 por R\$ 190,46 = R\$ 571,38  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL**  
Quantidade: 150 por R\$ 914,68 = R\$ 137.202,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA**  
Quantidade: 150 por R\$ 900,80 = R\$ 135.120,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO OU PUNHO - UNILATERAL**  
Quantidade: 80 por R\$ 900,68 = R\$ 72.054,40  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA SEIOS DA FACE**  
Quantidade: 80 por R\$ 922,40 = R\$ 73.792,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

FLS  
RUB

333

9

- **SERVICO DE EXAME - PROCEDIMENTO RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR**  
Quantidade: 60
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO VIDEONASOLARINGOSCOPIA**  
Quantidade: 20
- **SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO**  
Quantidade: 40 por R\$ 1.035,65 = R\$ 41.426,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO**  
Quantidade: 80 por R\$ 1.005,11 = R\$ 80.408,80  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR**  
Quantidade: 200 por R\$ 621,19 = R\$ 124.238,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRACO DIREITO OU ESQUERDO**  
Quantidade: 80 por R\$ 621,23 = R\$ 49.698,40  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO DIREITO OU ESQUERDO**  
Quantidade: 60 por R\$ 547,52 = R\$ 32.851,20  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (PERNA)**  
Quantidade: 80 por R\$ 635,08 = R\$ 50.806,40  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO E COCCIX**  
Quantidade: 100 por R\$ 585,76 = R\$ 58.576,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAO X - COLUNA CERVICAL, AP - LAT - TO OU FLEXAO - 3 INCIDENCIAS**  
Quantidade: 03 por R\$ 181,46 = R\$ 544,38  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - RAO X DE ADENOIDE 02 INC**  
Quantidade: 03 por R\$ 164,16 = R\$ 492,48  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAO X TORAX - 3 INCIDENCIA**  
Quantidade: 03 por R\$ 175,96 = R\$ 527,88  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

FLS  
RUB

334

g.

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TESTE DE COOMBS INDIRETO**

Quantidade: 24 por R\$ 42,00 = R\$ 1.008,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MARIA APARECIDA DONADEL GUIMARAES, LABVIDA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - ELETROCARDIOGRAMA**

Quantidade: 12 por R\$ 143,00 = R\$ 1.716,00

PARTICIPANTES: LABORATORIO ANALISE LTDA ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MED LIDER SERVICOS E MEDICINA OCUPACIONAL LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DE COLPOSCOPIA COM BIOPSIA**

Quantidade: 80

- **SERVICO DE EXAME - ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS QUATRO MEMBROS**

Quantidade: 40

- **SERVICO DE EXAME - ANGIORESSONANCIA TORAX**

Quantidade: 80 por R\$ 1.035,58 = R\$ 82.846,40

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX**

Quantidade: 80 por R\$ 1.050,00 = R\$ 84.000,00

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR**

Quantidade: 60 por R\$ 1.219,02 = R\$ 73.141,20

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR**

Quantidade: 60 por R\$ 1.219,02 = R\$ 73.141,20

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR**

Quantidade: 60 por R\$ 1.078,68 = R\$ 64.720,80

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA APARELHO URINARIO**

Quantidade: 100 por R\$ 903,02 = R\$ 90.302,00

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (BRACO)**

Quantidade: 80 por R\$ 644,08 = R\$ 51.526,40

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR**

Quantidade: 200 por R\$ 562,88 = R\$ 112.576,00

PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA. ✳, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA

FLS  
RUB

335  
9

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS 336  
RUB 9.

Página 1 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO		
<b>01925/25</b>	<b>13/07/2025</b>	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>		
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO	RESPONSÁVEL	
<b>14/07/2025</b>	<b>29/08/2025</b>	<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE</b>	<b>EULICE IDALINA DE ALMEIDA</b>	
<b>PRODUTO</b>				
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE	
<b>1</b>	<b>001.037.798 TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR</b>	<b>UNID</b>	<b>200</b>	
PROPONENTES				
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL	
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	415,89	83.178,00	
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	500,00	100.000,00	
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	600,00	120.000,00	
PROPONENTE VENCEDOR		VLR UNIT.	TOTAL	
<b>19176</b>	<b>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>415,89</b>	<b>83.178,00</b>	
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		505,30	101.060,00	
<b>PRODUTO</b>				
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE	
<b>2</b>	<b>001.037.799 TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE</b>	<b>UNID</b>	<b>200</b>	
PROPONENTES				
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL	
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	600,00	120.000,00	
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	772,56	154.512,00	
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	884,99	176.998,00	
PROPONENTE VENCEDOR		VLR UNIT.	TOTAL	
<b>600</b>	<b>HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>600,00</b>	<b>120.000,00</b>	
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		752,52	150.504,00	
<b>PRODUTO</b>				
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE	
<b>3</b>	<b>001.037.800 TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE</b>	<b>UNID</b>	<b>200</b>	
PROPONENTES				
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL	
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	600,00	120.000,00	
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	648,99	129.798,00	
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	860,00	172.000,00	
PROPONENTE VENCEDOR		VLR UNIT.	TOTAL	
<b>600</b>	<b>HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>600,00</b>	<b>120.000,00</b>	
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		703,00	140.600,00	
<b>PRODUTO</b>				
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE	
<b>4</b>	<b>001.037.801 TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE</b>	<b>UNID</b>	<b>200</b>	
PROPONENTES				
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL	
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	600,00	120.000,00	
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	765,90	153.180,00	
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	860,00	172.000,00	
PROPONENTE VENCEDOR		VLR UNIT.	TOTAL	
<b>600</b>	<b>HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>600,00</b>	<b>120.000,00</b>	
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		741,97	148.394,00	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS  
RUB337  
9

Página 2 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO	
01925/25	13/07/2025	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO	RESPONSÁVEL
14/07/2025	29/08/2025	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	EULICE IDALINA DE ALMEIDA

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
5	001.037.802 TORASCOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	3.603,04	720.608,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	5.000,00	1.000.000,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	7.206,08	1.441.216,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	3.603,04	720.608,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		5.269,71	1.053.942,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
6	001.037.803 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	4.978,89	995.778,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	5.000,00	1.000.000,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	7.995,75	1.599.150,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	4.978,89	995.778,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		5.991,55	1.198.310,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
7	001.037.804 TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	UNID	20
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	1.798,79	35.975,80
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	2.826,67	56.533,40
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	4.000,00	80.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	1.798,79	35.975,80
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		2.875,15	57.503,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
8	001.037.805 TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	UNID	50
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	3.084,34	154.217,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	4.500,00	225.000,00
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	4.666,01	233.300,50
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	3.084,34	154.217,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		4.083,45	204.172,50

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS  
RUB338

Página 3 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO	
01925/25	13/07/2025	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO	RESPONSÁVEL
14/07/2025	29/08/2025	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	EULICE IDALINA DE ALMEIDA
PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
9	001.037.806 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	UNID	15
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	1.802,92	27.043,80
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	2.603,93	39.058,95
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	4.000,00	60.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	1.802,92	27.043,80
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		2.802,28	42.034,20
PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
10	001.037.807 ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN SUPERIOR	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	159,26	31.852,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		168,15	33.630,00
PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
11	001.037.808 ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN TOTAL	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	147,00	29.400,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	227,70	45.540,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	250,00	50.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	147,00	29.400,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		208,23	41.646,00
PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
12	001.037.809 ULTRASSONOGRAMA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	150,00	30.000,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		165,07	33.014,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS  
RUB3399

Página 4 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO	
01925/25	13/07/2025	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO	RESPONSÁVEL
14/07/2025	29/08/2025	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	EULICE IDALINA DE ALMEIDA

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
13	001.037.810 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	129,00	25.800,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
21951	<b>MUNICIPIO DE NOVO MUNDO</b>	<b>129,00</b>	<b>25.800,00</b>
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		158,07	31.614,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
14	001.037.811 ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	189,21	37.842,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	300,00	60.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	<b>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>145,20</b>	<b>29.040,00</b>
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		211,47	42.294,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
15	001.037.812 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	176,60	35.320,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	213,00	42.600,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	300,00	60.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
22004	<b>MUNICIPIO DE DIAMANTINO</b>	<b>176,60</b>	<b>35.320,00</b>
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		229,87	45.974,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
16	001.037.813 ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	209,50	41.900,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	<b>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA</b>	<b>145,20</b>	<b>29.040,00</b>
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		184,90	36.980,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS  
RUB340  
9

Página 5 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO
01925/25	13/07/2025	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO
14/07/2025	29/08/2025	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
		RESPONSÁVEL
		EULICE IDALINA DE ALMEIDA

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
17	001.037.814 ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	315,00	63.000,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	400,00	80.000,00
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	410,60	82.120,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	315,00	63.000,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		375,20	75.040,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
18	001.037.815 ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	142,00	28.400,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	142,00	28.400,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		162,40	32.480,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
19	001.037.816 ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	124,00	24.800,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	124,00	24.800,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		156,40	31.280,00

PRODUTO			
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE
20	001.037.817 ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	UNID	200
PROponentes			
CODIGO	NOME	VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	200,00	40.000,00
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	215,00	43.000,00
PROponente Vencedor		VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	145,20	29.040,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM		186,73	37.346,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

FLS 343  
RUB 9.

Página 6 de 6

**QUADRO DE COTAÇÕES**

COTAÇÃO	DATA	DESCRIÇÃO			
01925/25	13/07/2025	<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>			
ABERTURA	ENCERRAMENT	CENTRO DE CUSTO	RESPONSÁVEL		
14/07/2025	29/08/2025	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	EULICE IDALINA DE ALMEIDA		
PRODUTO					
ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO			UNIDADE	QUANTIDADE
21	001.037.818	VASECTOMIA	UNID	200	
PROponentes					
CODIGO	NOME			VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA			2.633,22	526.644,00
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA			3.010,17	602.034,00
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA			4.000,00	800.000,00
PROponente Vencedor				VLR UNIT.	TOTAL
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA			2.633,22	526.644,00
PREÇO MÉDIO DO ÍTEM				3.214,46	642.892,00

RELAÇÃO DE PROPONENTES PARTICIPANTES			
CÓDIGO	PROponentes		VALOR
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	01.383.835/0001-30	4.155.000,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	20.424.706/0001-98	4.688.374,60
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	03.128.118/0001-98	2.414.012,35
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	01.614.517/0001-33	946.418,00
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	03.648.540/0001-74	338.314,50

RELAÇÃO DOS PROPONENTES VENCEDORES		
CÓDIGO	PROponentes	VALOR
600	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA	360.000,00
19176	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA	1.035.258,60
19568	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	1.716.386,00
21951	MUNICIPIO DE NOVO MUNDO	108.400,00
22004	MUNICIPIO DE DIAMANTINO	35.320,00
TOTAL DOS PROPONENTES VENCEDORES		3.255.364,60

Aprovado por:

Digitador (a)  
Corina Maria Alves Carrijo

CIDADÃO / CAPA

Licitação

CREDECENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM TIPO EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA COM LAUDO, PARA ATENDER A DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE .

LICITAÇÃO Nº: 00000000003/2025

MODALIDADE: Credenciamento

MUNICÍPIO: DIAMANTINO

ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINO

PUBLICAÇÃO DO EDITAL: 15/08/2025

ABERTURA PROPOSTAS: 12/06/2025

LIMITE P/ RECEBIMENTO PROPOSTAS: 12/06/2025

Histórico de Situação

HOMOLOGADA em 15/08/2025

HOMOLOGADA em 15/08/2025

Ítems

- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR.**

Quantidade: 204 por R\$ 159,26 = R\$ 32.489,04

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI

- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DA PROSTATA**

Quantidade: 108 por R\$ 142,98 = R\$ 15.441,84

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI

- SERVICO DE EXAME- DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA PELVICA**

Quantidade: 108 por R\$ 140,00 = R\$ 15.120,00

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI

- SERVICO DE EXAME 2 DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE GINECOLOGICO**

Quantidade: 804 por R\$ 176,60 = R\$ 141.986,40

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI



FLS  
RUB

342  
9

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA DA PAREDE ABDOMINAL**

Quantidade: 300 por R\$ 148,12 = R\$ 44.436,00

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL**

Quantidade: 900 por R\$ 157,50 = R\$ 141.750,00

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA DA PAREDE ABDOMINAL**

Quantidade: 204 por R\$ 200,75 = R\$ 40.953,00

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE COM DOPPLER**

Quantidade: 108 por R\$ 189,21 = R\$ 20.434,68

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE RENAL E VIAS URINARIAS**

Quantidade: 108 por R\$ 136,92 = R\$ 14.787,36

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR**

Quantidade: 60

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI

- **SERVICO DE EXAME- DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA PELVICA**

Quantidade: 252 por R\$ 130,00 = R\$ 32.760,00

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨, IVAN CRUZ SILVA EIRELI ✨

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO CORE BIOPSIA POR ULTRASSONOGRAFIA DA MAMA**

Quantidade: 300

PARTICIPANTES: IVAN CRUZ SILVA EIRELI, IVAN CRUZ SILVA EIRELI

CIDADÃO / CAPA

**Licitação**

REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE EXAMES DE IMAGEM, COM OBJETIVO DE ATENDER A NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVO MUNDO MT,

**LICITAÇÃO Nº:** 0000000009/2025

**MODALIDADE:** Pregão eletrônico (Bens e serviços comuns)

**MUNICÍPIO:** NOVO MUNDO

**ENTIDADE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO MUNDO

**PUBLICAÇÃO DO EDITAL:** 27/05/2025

**ABERTURA PROPOSTAS:** 14/05/2025

**LIMITE P/ RECEBIMENTO PROPOSTAS:** 14/05/2025

**Histórico de Situação**

**HOMOLOGADA em 27/05/2025**

**Ítems**

- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO COLPOSCOPIA, COLHIDO EM UNIDADE REFERENCIADA**  
Quantidade: 100  
PARTICIPANTES: HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DENSITOMETRIA OSSEA**  
Quantidade: 250 por R\$ 199,99 = R\$ 49.997,50  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RAIOS X - FEMUR**  
Quantidade: 40 por R\$ 99,00 = R\$ 3.960,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA**  
Quantidade: 40 por R\$ 630,00 = R\$ 25.200,00  
PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX**  
Quantidade: 60 por R\$ 999,99 = R\$ 59.999,40



FLS  
RUB

344  
9

**PARTICIPANTES:** J. A. C. VENTURA - ME ✨, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA

- **SERVICO DE EXAME 2 TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE**  
 Quantidade: 50 por R\$ 850,49 = R\$ 42.524,50  
**PARTICIPANTES:** CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MULTIPARAMETRICAS DE PROSTAT**  
 Quantidade: 50 por R\$ 1.099,99 = R\$ 54.999,50  
**PARTICIPANTES:** CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE**  
 Quantidade: 45 por R\$ 1.099,99 = R\$ 49.499,55  
**PARTICIPANTES:** CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR**  
 Quantidade: 50 por R\$ 849,99 = R\$ 42.499,50  
**PARTICIPANTES:** CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSOM DE RINS E BEXIGA**  
 Quantidade: 80 por R\$ 150,00 = R\$ 12.000,00  
**PARTICIPANTES:** CLEISSON RENAM ECKHARDT ✨, CLINICA ROSSETTI LTDA, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME ✨, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA OBSTETRICA**  
 Quantidade: 150 por R\$ 142,00 = R\$ 21.300,00  
**PARTICIPANTES:** J. A. C. VENTURA - ME ✨, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA PROSTAT - VIA ABDOMINAL**  
 Quantidade: 60 por R\$ 124,00 = R\$ 7.440,00  
**PARTICIPANTES:** J. A. C. VENTURA - ME ✨, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA
- **SERVICO DE EXAME 2 DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE**  
 Quantidade: 20 por R\$ 129,00 = R\$ 2.580,00  
**PARTICIPANTES:** J. A. C. VENTURA - ME ✨, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- **SERVICO DE EXAME - COLONOSCOPIA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA**  
 Quantidade: 100 por R\$ 449,00 = R\$ 44.900,00  
**PARTICIPANTES:** J. A. C. VENTURA - ME ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, MMT CIRURGIA E ENDOSCOPIA LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- **SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX**  
 Quantidade: 40 por R\$ 530,00 = R\$ 21.200,00  
**PARTICIPANTES:** CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT

FLS  
RUB345  
9

- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR**  
 Quantidade: 35 por R\$ 600,00 = R\$ 21.000,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVIÇO DE EXAME 2 DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAL**  
 Quantidade: 20 por R\$ 595,45 = R\$ 11.909,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO COM CONTRASTE**  
 Quantidade: 50 por R\$ 860,00 = R\$ 43.000,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE**  
 Quantidade: 35 por R\$ 899,99 = R\$ 31.499,65  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBAR**  
 Quantidade: 20 por R\$ 578,84 = R\$ 11.576,80  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA TRANSVAGINAL**  
 Quantidade: 50 por R\$ 215,00 = R\$ 10.750,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, CLINICA ROSSETTI LTDA, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA PELVICA**  
 Quantidade: 20 por R\$ 163,00 = R\$ 3.260,00  
 PARTICIPANTES: J. A. C. VENTURA - ME ✨, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR**  
 Quantidade: 35 por R\$ 599,00 = R\$ 20.965,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELLE OU BACIA**  
 Quantidade: 35 por R\$ 499,00 = R\$ 17.465,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO**  
 Quantidade: 80 por R\$ 246,00 = R\$ 19.680,00  
 PARTICIPANTES: J. A. C. VENTURA - ME ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, CLINICA ROSSETTI LTDA, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINARIAS PARA CALCULOS**  
 Quantidade: 45 por R\$ 969,99 = R\$ 43.649,55  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT

- SERVICO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE**  
 Quantidade: 50 por R\$ 884,99 = R\$ 44.249,50  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO - UNILATERAL**  
 Quantidade: 30 por R\$ 849,99 = R\$ 25.499,70  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRA SONOGRAFIA DAS MAMAS**  
 Quantidade: 100 por R\$ 209,50 = R\$ 20.950,00  
 PARTICIPANTES: CLINICA ROSSETTI LTDA ✨, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA
- SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CAUTERIZACAO QUIMICA DO COLO UTERINO**  
 Quantidade: 20 por R\$ 400,00 = R\$ 8.000,00  
 PARTICIPANTES: CLINICA ROSSETTI LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL.**  
 Quantidade: 100 por R\$ 875,00 = R\$ 87.500,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES**  
 Quantidade: 30 por R\$ 253,17 = R\$ 7.595,10  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE**  
 Quantidade: 30 por R\$ 590,00 = R\$ 17.700,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - UROTOMOGRAFIA**  
 Quantidade: 50 por R\$ 1.099,99 = R\$ 54.999,50  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA**  
 Quantidade: 30 por R\$ 410,60 = R\$ 12.318,00  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, CLINICA ROSSETTI LTDA, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT, J. A. C. VENTURA - ME
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE COM CONTRASTE**  
 Quantidade: 35 por R\$ 799,99 = R\$ 27.999,65  
 PARTICIPANTES: CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA ✨, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, CLEISSON RENAM ECKHARDT
- SERVICO DE EXAME - DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL**  
 Quantidade: 80 por R\$ 147,00 = R\$ 11.760,00  
 PARTICIPANTES: CLEISSON RENAM ECKHARDT ✨, CLINICA ROSSETTI LTDA, DONADEL GUIMARAES CIA LTDA, RAFAEL F MALLMANN SERVICOS MEDICOS LTDA, HOSPMED SERVICOS MEDICOS LTDA, J. A. C. VENTURA - ME, CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM GUARANTA LTDA

**NOME DA EMPRESA: HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA****CNPJ: 01.383.835/0001-30****ENDEREÇO: RUA BENJAMIN CERUTTI, 351, CASTELANDIA, PRIMAVERA DO LESTE - MT****TELEFONE: 66-3498-1055 / 66-99933-1073****E-MAIL: ADM@HCPMT.COM.BR / ELAINE@HCPMT.COM.BR****DESCRIÇÃO DOS ITENS**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
ADENOIDECTOMIA	20	R\$ 5.000,00	R\$ 100.000,00
AMIGDALECTOMIA	20	R\$ 5.000,00	R\$ 100.000,00
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	100	R\$ 6.000,00	R\$ 600.000,00
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	14	R\$ 4.000,00	R\$ 56.000,00
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	14	R\$ 4.000,00	R\$ 56.000,00
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	70	X	X
APENDICECTOMIA	20	R\$ 5.000,00	R\$ 100.000,00
BIOPSIA (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ 800,00	R\$ 160.000,00
CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
CISTOLOTOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA BEXIGA	10	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
COLECISTECTOMIA	60	R\$ 5.000,00	R\$ 300.000,00
COLONOSCOPIA	60		R\$ 0,00
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOS E POSTERIOR	50	R\$ 4.000,00	R\$ 200.000,00
COLPOSCOPIA	60	R\$ 4.000,00	R\$ 240.000,00
CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	400	R\$ 200,00	R\$ 80.000,00

CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA	1500	R\$ 200,00	R\$ 300.000,00
CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
CONSULTA MÉDICA GINECOLOGICA	1000	R\$ 200,00	R\$ 200.000,00
CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA	1500	R\$ 200,00	R\$ 300.000,00
CONSULTA MÉDICA PEDIATRA	1056	R\$ 200,00	R\$ 211.200,00
CONSULTA MÉDICA UROLOGIA	400	R\$ 200,00	R\$ 80.000,00
CURETAGEM POS- ABORTAMENTO/PUERPERAL	45	R\$ 3.500,00	R\$ 157.500,00
CURETAGEM SEMIOTICA/ OU S/ DILATAÇÃO	45	R\$ 3.500,00	R\$ 157.500,00
DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	35	R\$ 5.000,00	R\$ 175.000,00
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	10	R\$ 5.000,00	R\$ 50.000,00
DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL	10	R\$ 4.000,00	R\$ 40.000,00
EMISSÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAIO X	350	R\$ 60,00	R\$ 21.000,00
ENDOSCOPIA	150	R\$ 400,00	R\$ 60.000,00
EXERESE DE CISTO BOLSA ESCROTAL	10	R\$ 4.000,00	R\$ 40.000,00
EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	10	R\$ 4.000,00	R\$ 40.000,00
EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	15	R\$ 4.000,00	R\$ 60.000,00
EXERESE DE CISTO VAGINAL	15	R\$ 4.000,00	R\$ 60.000,00
EXERESE DE GLANDULA BARTHOLIN/	8	R\$ 4.000,00	R\$ 32.000,00

SKENE			
EXPLORAÇÃO CIRURGICA DE BOLSA ESCROTAL	8	R\$ 4.000,00	R\$ 32.000,00
FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	40	R\$ 4.000,00	R\$ 160.000,00
HEMORROIDECTOMIA	40	R\$ 4.000,00	R\$ 160.000,00
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	35	R\$ 5.000,00	R\$ 175.000,00
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	8	R\$ 5.000,00	R\$ 40.000,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	25	R\$ 5.000,00	R\$ 125.000,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL)	40	R\$ 5.000,00	R\$ 200.000,00
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	40	R\$ 5.000,00	R\$ 200.000,00
HISTERECTOMIA - TOTAL	25	R\$ 5.000,00	R\$ 125.000,00
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	150	R\$ 5.000,00	R\$ 750.000,00
HISTERECTOMIA UMBILICAL	85	R\$ 5.000,00	R\$ 425.000,00
HOLTER	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	20	R\$ 5.000,00	R\$ 100.000,00
LIBERAÇÃO / PLASTIA DE PREPUCIO	15	R\$ 4.000,00	R\$ 60.000,00
LIBERAÇÃO DE ADERENCIA INTESTINAL	8	R\$ 5.000,00	R\$ 40.000,00
MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
MAPA AMBULATORIAL (MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL)	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
OOFERECTOMIA / OOFOROPLASTIA	15	R\$ 5.000,00	R\$ 75.000,00
PARTO CESARIANO	200	R\$ 4.500,00	R\$ 900.000,00
PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	75	R\$ 4.500,00	R\$ 337.500,00

PARTO NORMAL	200	R\$ 3.500,00	R\$ 700.000,00
POSTECTOMIA	15	R\$ 4.000,00	R\$ 60.000,00
RAIO X CALCANEIO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X CAVUM	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X COLUNA CERVICAL	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X COLUNA DORSAL	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X COLUNA LOMBO SACRA	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE ANTEBRAÇO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE ARCOS COSTAIS	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE ART. COXOFEMURAL	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE BACIA	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE COCCIX	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE COTOVELO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE CRANIO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE FEMUR (UNITARIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE TORAX	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE TORAX PA/P	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DE UMIERO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X DO TORNOZELO (UNITÁRIO)	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X JOELHO	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X PÉ	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X PERNA	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RAIO X SEIOS DA FACE	200	R\$ 100,00	R\$ 20.000,00
RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA	200	X	X

COM CONTRASTE			
RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚRCICA COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	200	X	X

RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	X	X
RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE	200	X	X
SALPINGECTOMIA UNILATERAL/ BILATERAL (TROMPAS)	180	R\$ 4.000,00	R\$ 720.000,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLOGICA	200	R\$ 4.500,00	R\$ 900.000,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MEDICO DO TIPO TESTE DE ESPORÇO/ERGOMETRICO COM LAUDO	200	R\$ 4.500,00	R\$ 900.000,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - TIPO CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM PEDIATRIA	180	R\$ 4.500,00	R\$ 810.000,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA	200	R\$ 5.000,00	R\$ 1.000.000,00
SERVIÇO PROCEDIMENTO MÉDICO	200	R\$ 5.000,00	R\$ 1.000.000,00

OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS			
SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	200	R\$ 4.000,00	R\$ 800.000,00
TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATEAL)	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DA PELVE COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DE BACIA /PELVE	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DE CRANIO	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DE TORAX	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00

TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ 500,00	R\$ 100.000,00
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE	200	R\$ 600,00	R\$ 120.000,00
TORASCOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	200	R\$ 5.000,00	R\$ 1.000.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	200	R\$ 5.000,00	R\$ 1.000.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	20	R\$ 4.000,00	R\$ 80.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	50	R\$ 4.500,00	R\$ 225.000,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	15	R\$ 4.000,00	R\$ 60.000,00
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 250,00	R\$ 50.000,00
ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	200	R\$ 300,00	R\$ 60.000,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	200	R\$ 300,00	R\$ 60.000,00
ULTRASSONOGRAFIA MAMAS	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICO	200	R\$ 400,00	R\$ 80.000,00

FLS 356  
RUB 9.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
VASECTOMIA	200	R\$ 4.000,00	R\$ 800.000,00

Local e data PRIMAVERA DO LESTE – MT 31/07/2025



Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

## Solicitação de orçamento

3 mensagens

Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

Para: Adm - HCP <adm@hcpmt.com.br>

14 de julho de 2025 às 11:23

Bom dia  
Venho por meio deste solicitar orçamento para a prefeitura de Santo Antônio do Oeste /MT para o serviço de exames ,consultas ,procedimentos e cirurgias.

att  
Corina

 **CREDECIAAMENTO DOS HOSPITAIS.docx**  
26K

31 de julho de 2025 às 16:47

Eloi Leandro Martins <adm@hcpmt.com.br>  
Para: Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

Boa tarde!

Segue o orçamento solicitado!

Estamos abertos a negociação.

Att.



3.58  
g.


Eloi Leandro Martins

Diretor Administrativo - HCP

Tel: +55 (66) 3498 - 1055

Email: adm@hcpmt.com.br

[Citação ocultada]

 **ORÇAMENTO ST ANTONIO OK.docx**  
27K

**Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>**

Para: Eloi Leandro Martins <adm@hcpmt.com.br>

boa dia

ok recebido !

[Citação ocultada]

1 de agosto de 2025 às 07:29



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO  
01.383.835/0001-30  
MATRIZ

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL

DATA DE ABERTURA  
12/06/1985

NOME EMPRESARIAL  
HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)  
HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA

PORTE  
DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL  
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS  
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA  
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO  
R BENJAMIN CERUTTI

NÚMERO  
351

COMPLEMENTO  
\*\*\*\*\*

CEP  
78.850-000

BAIRRO/DISTRITO  
PARQUE CASTELANDIA

MUNICÍPIO  
PRIMAVERA DO LESTE

UF  
MT

ENDEREÇO ELETRÔNICO

TELEFONE  
(66) 3498-1055/ (66) 3498-1055

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)  
\*\*\*\*\*

SITUAÇÃO CADASTRAL  
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL  
17/03/1999

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL  
\*\*\*\*\*

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL  
\*\*\*\*\*

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 02/09/2025 às 12:23:51 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

### Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

**CNPJ:**

01.383.835/0001-30

**NOME EMPRESARIAL:**

HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA

**CAPITAL SOCIAL:**

R\$13.500.000,00 (Treze milhões, quinhentos mil reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

**Nome/Nome Empresarial:**

KENYA RIVA

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

FABIANA ANTONELLO BERSCH

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

AFONSO PEREIRA LEITE NETO

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

ANNA KAROLINNE LEITE MIOTTO

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

IRO LEITE

**Qualificação:**

49-Sócio-Administrador

**Nome/Nome Empresarial:**

YONE DA GLORIA FERREIRA BARROS LEITE

**Qualificação:**

05-Administrador

**Nome/Nome Empresarial:**

FABIANO BARCO

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

JOSE ALFREDO BERSCH

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome/Nome Empresarial:**

NICOLLY GALLI BARCELOS

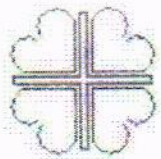
**Qualificação:**

22-Sócio

FLS 362  
RUB 9.

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 02/09/2025 às 12:24 (data e hora de Brasília).



**SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO JOÃO BATISTA**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA**  
 CNPJ 03.128.118/0001-98  
 Av. Brasil, s/n.º - Vila Cruzeiro - CEP 78.800-000 - Poxoréu - MT  
 Fone e zap: (66) 3436.1313 / Zap Secretaria (66) 99208.2171  
 E-mail: shsjbpoxoreu@hotmail.com

**DESCRIÇÃO DOS ITENS**

DESCRIÇÃO	QTD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
ADENOIDECTOMIA	20	R\$ 3.135,92	R\$ 62.718,40
AMIGDALECTOMIA	20	R\$ 3.112,36	R\$ 62.247,20
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	100	R\$ 3.483,18	R\$ 348.318,00
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	14	R\$ 3.103,32	R\$ 43.446,48
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	14	R\$ 3.589,49	R\$ 50.252,86
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	70	R\$ -	R\$ -
APENDICECTOMIA	20	R\$ 3.234,03	R\$ 64.680,60
BIOPSIA (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ -	R\$ -
CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ -	R\$ -
CISTOLOTOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA BEXIGA	10	R\$ 2.639,08	R\$ 26.390,80
COLECISTECTOMIA	60	R\$ 3.556,09	R\$ 213.365,40
COLONOSCOPIA	60	R\$ -	R\$ -
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	50	R\$ 3.655,24	R\$ 182.762,00
COLPOSCOPIA	60	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	400	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA	1500	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA	200	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA	200	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA GINECOLÓGICA	1000	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA	1500	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA PEDIATRA	1056	R\$ -	R\$ -
CONSULTA MÉDICA UROLOGIA	400	R\$ -	R\$ -
CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/PUERPERAL	45	R\$ 2.509,57	R\$ 112.930,65
CURETAGEM SEMIOTICA/ OU S/ DILATAÇÃO	45	R\$ 2.508,32	R\$ 112.874,40
DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	35	R\$ 2.690,71	R\$ 94.174,85
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	10	R\$ 2.677,87	R\$ 26.778,70
DRENAGEM DE ABCESO ANU-RETAL	10	R\$ 2.724,06	R\$ 27.240,60
EMISÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAIOS X (realizados na nossa instituição)	350	R\$ 35,00	R\$ 12.250,00
ENDOSCOPIA	150	R\$ -	R\$ -
EXERESE DE CISTO BOLSA ESCROTAL	10	R\$ 2.748,74	R\$ 27.487,40
EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	10	R\$ 2.481,21	R\$ 24.812,10


EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	15	R\$ 3.350,97	R\$ 50.264,55
EXERESE DE CISTO VAGINAL	15	R\$ 2.965,45	R\$ 44.481,75
EXERESE DE GLANDULA BARTHOLIN/ SKENE	8	R\$ 2.829,25	R\$ 22.634,00
EXPLORAÇÃO CIRURGICA DE BOLSA ESCROTAL	8	R\$ 2.520,42	R\$ 20.163,36
FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	40	R\$ 2.958,97	R\$ 118.358,80
HEMORROIDECTOMIA	40	R\$ 2.822,84	R\$ 112.913,60
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	35	R\$ 3.050,05	R\$ 106.751,75
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	8	R\$ 3.614,47	R\$ 28.915,76
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	25	R\$ 3.461,18	R\$ 86.529,50
HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL)	40	R\$ 3.225,93	R\$ 129.037,20
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	40	R\$ 3.175,21	R\$ 127.008,40
HISTERECTOMIA - TOTAL	25	R\$ 3.827,84	R\$ 95.696,00
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	150	R\$ 3.723,44	R\$ 558.516,00
HISTERECTOMIA UMBILICAL	85	R\$ -	R\$ -
HOLTER	200	R\$ -	R\$ -
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	20	R\$ 3.529,13	R\$ 70.582,60
LIBERAÇÃO / PLASTIA DE PREPUCIO	15	R\$ 1.913,50	R\$ 28.702,50
LIBERAÇÃO DE ADERENCIA INSTestinal	8	R\$ 3.781,20	R\$ 30.249,60
MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA	200	R\$ -	R\$ -
MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	200	R\$ -	R\$ -
OOFERECTOMIA / OOFOROPLASTIA	15	R\$ 3.263,10	R\$ 48.946,50
PARTO CESARIANO	200	R\$ 3.551,84	R\$ 710.368,00
PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	75	R\$ 3.874,68	R\$ 290.601,00
PARTO NORMAL	200	R\$ 2.321,26	R\$ 464.252,00
POSTECTOMIA	15	R\$ 3.819,41	R\$ 57.291,15
RAIO X CALCANEAO	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X CAVUM	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X COLUNA CERVICAL	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X COLUNA DORSAL	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	200	R\$ 195,00	R\$ 39.000,00
RAIO X COLUNA LOMBO SACRA	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE ANTEBRAÇO	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE ARCOS COSTAIS	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE ART. COXOFEMURAL	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE BACIA	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE COCCIX	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE COTOVELO	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE CRANIO	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE FEMUR (UNITARIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE OMBRO (UNITARIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00

RAIO X DE TORAX	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE TORAX PA/P	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DE UMERÓ	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X DO TORNOZELO (UNITÁRIO)	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X JOELHO	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X PÉ	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X PERNA	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RAIO X SEIOS DA FACE	200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TURCICA COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
SALPINGECTOMIA UNILATERAL/ BILATERAL (TROMPAS)	180	R\$ 3.166,01	R\$ 569.881,80
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLOGICA	200	R\$ 3.827,84	R\$ 765.568,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MEDICO DO TIPO TESTE DE ESPORÇO/ERGOMETRICO COM LAUDO	200	R\$ -	R\$ -
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM PEDIATRIA	180	R\$ -	R\$ -
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA	200	R\$ -	R\$ -
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS	200	R\$ -	R\$ -
SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	200	R\$ 2.481,21	R\$ 496.242,00
TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	200	R\$ -	R\$ -

FLS  
RUB 366  
g

TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DA Pelve COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE BACIA /PELVE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE CRANIO	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DE TORAX	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE	200	R\$ -	R\$ -
TORASCOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	200	R\$ 3.603,04	R\$ 720.608,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	200	R\$ 4.978,89	R\$ 995.778,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	20	R\$ 2.826,67	R\$ 56.533,40
TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	50	R\$ -	R\$ -
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	15	R\$ 2.603,93	R\$ 39.058,95
ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA	200	R\$ -	R\$ -
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	200	R\$ -	R\$ -
VASECTOMIA	200	R\$ 3.010,17	R\$ 602.034,00

Poxoréu, 17 de julho de 2025



Denise Apda C. M. Almeida  
Administradora  
CRA-MT Nº 20-09618



Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

367  
9

FLS  
RUB

### solicitação de orçamento

2 mensagens

Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

14 de julho de 2025 às 10:36

Para: SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOÃO BATISTA HOSPITAL <shsjbpoxoreu@hotmail.com>

Bom dia

Venho por meio deste solicitar orçamento para a prefeitura de Santo Antônio do Leste /MT para o serviço de exames ,consultas ,procedimentos e cirurgias.

att

Corina

 **CREDECENCIAMENTO DOS HOSPITAIS.docx**  
26K

17 de julho de 2025 às 10:59

**SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOÃO BATISTA HOSPITAL** <shsjbpoxoreu@hotmail.com>  
Para: Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

Bom dia

Tudo bem? por aqui tudo em ordens..

Conforme solicitação, segue em anexo a nossa planilha devidamente preenchida e assinada!

Desculpe a demora do retorno, qualquer duvidas estamos a disposição



**Denise Aparecida da Costa Magne Almeida**  
Administradora  
Soc. Hosp. São João Batista - Poçoirão / MT  
(66) 3436.1313 ou (66) 3436.2599  
E-mail: shsjbpoxoreu@hotmail.com

04/08/25, 07:53

Gmail - solicitação de orçamento

FLS  
RUB

368  
/

**De:** Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>  
**Enviado:** segunda-feira, 14 de julho de 2025 09:36  
**Para:** SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOÃO BATISTA HOSPITAL <shsjbpororeu@hotmail.com>  
**Assunto:** solicitação de orçamento

[Citação oculta]

 **TABELA DE VALORES PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. \_01.pdf**  
2555K



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 03.128.118/0001-98 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 28/04/1999	
NOME EMPRESARIAL SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOAO BATISTA		PORTE DEMAIS	
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 399-9 - Associação Privada			
LOGRADOURO AV BRASIL	NÚMERO SN	COMPLEMENTO *****	
CEP 78.800-000	BAIRRO/DISTRITO VILA CRUZEIRO	MUNICÍPIO POXOREU	UF MT
ENDEREÇO ELETRÔNICO SHSJBFINANCEIRO@HOTMAIL.COM		TELEFONE (66) 3436-1313/ (66) 9208-2171	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 02/09/2025 às 11:56:46 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

## Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

**CNPJ:**

03.128.118/0001-98

**NOME EMPRESARIAL:**

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA

**CAPITAL SOCIAL:**

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

**Nome/Nome Empresarial:**

MARIA AUXILIADORA OLIVEIRA CORREA

**Qualificação:**

16-Presidente

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 02/09/2025 às 11:57 (data e hora de Brasília).

FLS  
RUB

375  
g.



**São Lucas**  
Hospital e Maternidade

**Empresa: Hospital e Maternidade São Lucas Primavera**

**CNPJ: 20.424.706/0001-98**

**Endereço: Av. Minas Gerais, 356 – Centro**

**Telefone: (66) 3498-1235**

**E-mail: abner.maciel@hospitalsaolucas.med.br**

## DESCRIÇÃO DOS ITENS

DESCRIÇÃO	QTDE	Valor Proposta	Valor Total Proposta
ADENOIDECTOMIA	20	7.553,70	151.074,00
AMIGDALECTOMIA	20	7.511,00	150.220,00
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	100	8.286,67	828.667,00
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	14	2.366,21	33.126,94
AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	14	6.249,18	87.488,52
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	70	537,50	37.625,00
APENDICECTOMIA	20	2.902,34	58.046,80
BIOPSIA (QUALQUER TECNICA)	200	1.387,54	277.508,00
CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	200	975,00	195.000,00
CISTECTOMIA PARCIAL		5.661,18	
CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	10	4.397,76	43.977,60
CISTOSTOMIA		4.230,03	
COLECISTECTOMIA	60	6.974,38	418.462,80
COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA		7.939,60	
COLONOSCOPIA	60	788,62	47.317,20
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOS E POSTERIOR	50	2.607,78	130.389,00
CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	400	200,00	80.000,00
CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA	1500	200,00	300.000,00
CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA	200	200,00	40.000,00
CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA	200	200,00	40.000,00
CONSULTA MÉDICA GINECOLOGICA	1000	200,00	200.000,00
CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA	1500	200,00	300.000,00
CONSULTA MÉDICA PEDIATRA	1056	200,00	211.200,00
CONSULTA MÉDICA UROLOGIA	400	200,00	80.000,00
CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/PUERPERAL			56.580,30

CURETAGEM SEMIOTICA/OU S/B	45	1.171,94	52.737,30
DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	35	3.652,39	127.833,65
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	10	3.801,56	38.015,60
DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA		309,54	
DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL	10	1.114,05	11.140,50
DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL		4.415,74	
DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL		3.064,81	
EMISSÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAO X	350	30,00	10.500,00
ENDOSCOPIA	150	337,12	50.568,00
EXERESE DE CISTO BOLSA ESCROTAL	10	90,79	907,90
EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	10	1.484,63	14.846,30
EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	15	1.006,04	15.090,60
EXERESE DE CISTO VAGINAL	15	2.607,78	39.116,70
EXERESE DE GLANDULA BARTHOLIN/ SKENE	8	1.572,76	12.582,08
EXPLORAÇÃO CIRURGICA DE BOLSA ESCROTAL	8	1.581,02	12.648,16
EXTIRPAÇÃO SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO		1.106,77	
FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	40	2.618,98	104.759,20
GASTROSTOMIA		4.814,32	
HEMORROIDECTOMIA	40	2.211,58	88.463,20
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	35	5.612,11	196.423,85
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	8	3.779,44	30.235,52
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	25	4.270,42	106.760,50
HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL)	40	4.465,79	178.631,60
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	40	3.044,93	121.797,20
HISTERECTOMIA - TOTAL	25	6.355,51	158.887,75
HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)		4.611,81	
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	150	5.473,51	821.026,50
HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA		5.322,56	
HOLTER	200	163,75	32.750,00
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	20	4.460,33	89.206,60
LAQUEADURA TUBARIA		3.398,36	
LIBERAÇÃO DE ADERENCIA INTESTINAL	8	5.803,42	46.427,36
MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA	200	159,33	31.866,00
MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	200	166,25	33.250,00
OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	15	3.569,02	53.535,30
PARTO CESARIANO	200	3.820,11	764.022,00
PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	75	3.820,11	286.508,25
PARTO NORMAL	200	3.103,80	620.760,00
PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO		4.320,33	
POSTECTOMIA	15	1.533,84	23.007,60
PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA		7.011,97	
RAIO X CALCANEIO			15.600,00

373  
9

RAIO X CAVUM	200	82,56	16.512,00
RAIO X COLUNA CERVICAL	200	99,96	19.992,00
RAIO X COLUNA DORSAL	200	109,92	21.984,00
RAIO X COLUNA LOMBO SACRA	200	131,52	26.304,00
RAIO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	200	114,00	22.800,00
RAIO X DE ANTEBRAÇO	200	77,04	15.408,00
RAIO X DE ARCOS COSTAIS	200	114,00	22.800,00
RAIO X DE ART. COXOFEMURAL	200	93,24	18.648,00
RAIO X DE BACIA	200	93,24	18.648,00
RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO)	200	88,80	17.760,00
RAIO X DE COCCIX	200	93,60	18.720,00
RAIO X DE COTOVELO	200	70,80	14.160,00
RAIO X DE CRANIO	200	90,24	18.048,00
RAIO X DE FEMUR (UNITARIO)	200	107,28	21.456,00
RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO)	200	75,60	15.120,00
RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO)	200	95,76	19.152,00
RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO)	200	82,92	16.584,00
RAIO X DE TORAX	200	82,56	16.512,00
RAIO X DE TORAX PA/P	200	114,00	22.800,00
RAIO X DE UMERO	200	93,24	18.648,00
RAIO X DO TORNOZELO (UNITÁRIO)	200	78,00	15.600,00
RAIO X JOELHO	200	81,36	16.272,00
RAIO X PÉ	200	81,36	16.272,00
RAIO X PERNA	200	107,28	21.456,00
RAIO X SEIOS DA FACE	200	87,84	17.568,00
REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL		1.151,93	
RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	200	1.612,50	322.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚRCICA COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR(UNILATERAL)	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	200	537,50	107.500,00
RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE			174.956,00



**São Lucas**  
Hospital e Maternidade

RUB

379  
g.

RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE	200	874,78	174.956,00
RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERAÇÃO)		3.723,23	
RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO		1.061,62	
SALPINGECTOMIA UNILATERAL/ BILATERAL (TROMPAS) Hospital e Maternidade	180	3.259,13	586.643,40
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLOGICA	200	3.748,68	749.736,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MEDICO DO TIPO TESTE DE ESPORÇO/ERGOMETRICO COM LAUDO	200	276,33	55.266,00
SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA	200	3.288,04	657.608,00
SERVIÇO PROCEDIMENTO MÉDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS	200	4.182,01	836.402,00
SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	200	1.019,06	203.812,00
TIREOIDECTOMIA TOTAL		3.159,59	
TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	1.241,01	248.202,00
TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	200	260,28	52.056,00
TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE	200	772,56	154.512,00
TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	616,95	123.390,00
TOMOGRAFIA DA PELVE COM CONTRASTE	200	772,56	154.512,00
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	415,89	83.178,00
TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	200	1.597,68	319.536,00
TOMOGRAFIA DE BACIA /PELVE	200	415,89	83.178,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	200	303,30	60.660,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	200	260,28	52.056,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	200	616,95	123.390,00
TOMOGRAFIA DE CRANIO	200	292,32	58.464,00
TOMOGRAFIA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES		269,25	
TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATEAL)	200	260,25	52.050,00
TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	200	260,25	52.050,00
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	200	292,32	58.464,00
TOMOGRAFIA DE TORAX	200	409,23	81.846,00
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR	200	415,89	83.178,00
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	772,56	154.512,00
TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	772,56	154.512,00
TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	648,99	129.798,00
TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE	200	765,90	153.180,00
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA		7.206,98	
TORASCOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	200	7.206,08	1.441.216,00
TRAQUEOSTOMIA		3.883,11	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)		2.841,40	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	200	7.995,75	1.599.150,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO		3.024,98	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR		3.370,43	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA		6.810,79	
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	20	1.798,79	35.975,80
TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA PÓS PARTO	50	3.084,34	154.217,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA		5.191,83	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA		1.878,94	
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	15	1.802,92	27.043,80
TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO		2.269,40	
TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO		2.572,08	
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE		1.431,50	
TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS		1.395,31	
TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS		2.274,30	
TRATAMENTO DE DOENÇAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVICOS FEMININOS		1.391,67	
TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ		764,68	
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO INTESTINO		1.355,62	
TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES		1.309,91	
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)		4.076,94	
TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS		1.892,66	
ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	227,70	45.540,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	200	213,00	42.600,00
ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	200	315,00	63.000,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA	200	145,20	29.040,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	200	145,20	29.040,00
URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA		6.049,20	
VASECTOMIA	200	2.633,22	526.644,00



# São Lucas

Hospital e Maternidade

## DIÁRIAS

DESCRIÇÃO	Valor Proposta
Diária leito de UTI Adulto	3.500,00
Diária leito de UTI Neo	3.500,00

Primavera do Leste, 29 de julho de 2025.

ALEX MARCOS  
CUBA:023054841  
51

Assinado de forma digital  
por ALEX MARCOS  
CUBA:02305484151  
Dados: 2025.07.29 09:02:28  
-04'00'

**ALEX MARCOS CUBA**  
Diretor Executivo



Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

377  
9.

FLS  
RUB

## solicitação de orçamento

3 mensagens

Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>

Para: abner.maciei@hospitalsaolucas.med.br

14 de julho de 2025 às 10:34

Bom dia

Venho por meio deste solicitar orçamento para a prefeitura de Santo Antônio do Leste /MT para o serviço de exames ,consultas ,procedimentos e cirurgias.

att  
Corina

 **CREDECENCIAMENTO DOS HOSPITAIS.docx**  
26K

29 de julho de 2025 às 09:04

abner.maciei@hospitalsaolucas.med.br <abner.maciei@hospitalsaolucas.med.br>  
Para: Compras Prefeitura SAL <compras.sal2019@gmail.com>  
Cc: alex.cuba@hospitalsaolucas.med.br, paulo.cappelletti@hospitalsaolucas.med.br

Bom dia.

Segue em anexo a proposta do Hospital e Maternidade São Lucas Primavera.

Tomem a liberdade de incluir alguns procedimentos, **clínicos e cirúrgicos**, que não foram contemplados no contrato anterior. Estes estão destacados em verde.



**São Lucas**  
Hospital e Maternidade

**Abner Maciel**  
Gerente de Estratégia e Controle de Processos  
☎ 66 3498 1235  
✉ abner.maciел@hospitalsaolucas.med.br  
📍 Av. Minas Gerais, 356 - Centro  
Primavera do Leste/MT

FLS  
RUB

378  
J

[Citação ocultada]

 **Proposta Hospital São Lucas Primavera.pdf**  
367K

**Compras Prefeitura SAL** <compras.sal2019@gmail.com>  
Para: abner.maciел@hospitalsaolucas.med.br

29 de julho de 2025 às 10:26

Bom dia  
ok recebido  
[Citação ocultada]



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.424.706/0001-98 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 03/06/2014
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA
---

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS	PORTE DEMAIS
--	-----------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências 86.21-6-01 - UTI móvel 86.22-4-00 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares 86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas 86.30-5-04 - Atividade odontológica 86.30-5-06 - Serviços de vacinação e imunização humana 86.40-2-01 - Laboratórios de anatomia patológica e citológica 86.40-2-02 - Laboratórios clínicos 86.40-2-03 - Serviços de diálise e nefrologia 86.40-2-04 - Serviços de tomografia 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia 86.40-2-06 - Serviços de ressonância magnética 86.40-2-07 - Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética 86.40-2-08 - Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos 86.40-2-10 - Serviços de quimioterapia 86.40-2-11 - Serviços de radioterapia 86.40-2-12 - Serviços de hemoterapia
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada
--

LOGRADOURO AV MINAS GERAIS	NÚMERO 356	COMPLEMENTO *****
-------------------------------	---------------	----------------------

CEP 78.850-000	BAIRRO/DISTRITO CIDADE PRIMAVERA I	MUNICÍPIO PRIMAVERA DO LESTE	UF MT
-------------------	---------------------------------------	---------------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO FINANCEIRO@HOSPITALSAOLUCAS.MED.BR	TELEFONE (66) 3498-1235
---	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/06/2014
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 02/09/2025 às 11:57:48 (data e hora de Brasília).

Página: 1/2



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.424.706/0001-98 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 03/06/2014
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 87.11-5-01 - Clínicas e residências geriátricas 87.12-3-00 - Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio
--

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada
--

LOGRADOURO AV MINAS GERAIS	NÚMERO 356	COMPLEMENTO *****
-------------------------------	---------------	----------------------

CEP 76.850-000	BAIRRO/DISTRITO CIDADE PRIMAVERA I	MUNICÍPIO PRIMAVERA DO LESTE	UF MT
-------------------	---------------------------------------	---------------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO FINANCEIRO@HOSPITALSAOLUCAS.MED.BR	TELEFONE (66) 3498-1235
---	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/06/2014
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 02/09/2025 às 11:57:48 (data e hora de Brasília).

Página: 2/2

## Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

**CNPJ:**

20.424.706/0001-98

**NOME EMPRESARIAL:**

HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA

**CAPITAL SOCIAL:**

R\$19.710.000,00 (Dezenove milhões, setecentos e dez mil reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

**Nome/Nome Empresarial:**

ALEX MARCOS CUBA

**Qualificação:**

05-Administrador

**Nome/Nome Empresarial:**

HCG SERVICOS MEDICOS GESTAO E ADMINISTRACAO HOSPITALAR LTDA

**Qualificação:**

22-Sócio

**Nome do Repres. Legal:**

HELIO CAVALCANTI GARCIA NETO

**Qualif. Rep. Legal:**

05-Administrador

**Nome/Nome Empresarial:**

HELIO CAVALCANTI GARCIA NETO

**Qualificação:**

05-Administrador

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o e-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. DO OBJETO

**1.1.** Contratação de pessoas jurídicas prestadores de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

### 2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO E DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

**2.1.** A contratação de pessoas jurídicas prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares, incluindo consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), justifica-se pela necessidade premente de assegurar a assistência integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Santo Antônio do Leste.

**2.2.** Considerando que o município possui limitações em sua estrutura física e equipe própria para a realização de procedimentos especializados 24 horas, a terceirização de serviços junto a empresas especializadas garante:

- Continuidade e qualidade do atendimento:** Possibilita que os usuários tenham acesso a serviços de saúde de urgência e rotina de forma contínua e adequada, reduzindo filas de espera e aumentando a resolutividade.
- Eficiência e economicidade:** Evita investimentos imediatos em infraestrutura hospitalar própria e aquisição de equipamentos de alto custo, permitindo a alocação de recursos públicos de forma estratégica.
- Atenção integral ao SUS:** Garante que o município cumpra seu papel constitucional de ofertar serviços de saúde universais e gratuitos, conforme a Lei nº 8.080/1990 e demais normativos do SUS.

- Flexibilidade de atendimento:** Permite adequação da prestação de serviços conforme a demanda do município, atendendo desde consultas de rotina até procedimentos de maior complexidade, sem comprometer o fluxo financeiro e operacional do sistema municipal de saúde.

**2.3.** Para atender de forma integral e eficiente às necessidades do SUS do município, propõe-se a seguinte solução:

**Contratação de empresas especializadas:** Seleção de pessoas jurídicas aptas a prestar serviços ambulatoriais e hospitalares 24h, com equipe médica, de enfermagem, fisioterapia, diagnósticos por imagem e laboratorial.

**Abrangência dos serviços:**

- Consultas médicas e especializadas;



- Exames laboratoriais e de imagem;
- Procedimentos clínicos e cirúrgicos, incluindo internações;
- Atendimento emergencial e de urgência.

**Gestão e fiscalização:** O contrato será acompanhado por comissão técnica da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo que os serviços prestados estejam em conformidade com os protocolos do SUS, legislação vigente e padrões de qualidade.

**Flexibilidade contratual:** Possibilidade de ajuste de quantitativos conforme demanda, garantindo que o município não arque com custos desnecessários em períodos de menor demanda.

#### **Benefícios esperados:**

- Redução do tempo de espera para consultas e procedimentos;
- Garantia de atendimento 24h aos usuários;
- Maior resolutividade e qualidade no atendimento à população;
- Otimização do orçamento público destinado à saúde.

**2.4.** Dessa forma, a contratação das pessoas jurídicas especializadas é medida estratégica, técnica e economicamente viável, garantindo que os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, com segurança e agilidade.

### **3. DOS PARAMETROS DA CONTRATAÇÃO**

#### **3.1. Será adotado o Sistema de Registro de Preços – SRP?**

( ) Sim

( X ) Não

#### **3.2. Justificativa para adoção do Sistema de Registro de Preços**

( ) quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes, com maior celeridade e transparência.

( ) quando for conveniente a compra de bens ou a contratação de serviços para atendimento a mais de um órgão ou entidade, ou a programas de governo; e

( ) quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Administração Pública.

( X ) Não se aplica.



GOVERNO MUNICIPAL  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE**

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

FLS  
RUB

384  
J.

#### 4. DAS ESPECIFICAÇÕES E EXECUÇÃO DO SERVIÇO

ITEM	COD. TCE	DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	0004592	ADENOIDECTOMIA	20	R\$ 4.387,91	R\$ 87.758,20
2	00023770	AMIGDALECTOMIA	20	R\$ 4.366,09	R\$ 87.321,80
3	00016533	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	100	R\$ 4.967,46	R\$ 496.746,00
4	00024437	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	14	R\$ 2.917,38	R\$ 40.843,32
5	00065667	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	14	R\$ 4.009,67	R\$ 56.135,38
6	385065-0	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	70	R\$ 537,50	R\$ 37.625,00
7	307865-5	APENDICECTOMIA	20	R\$ 3.134,78	R\$ 62.695,60
8	432711-0	BIOPSIA (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ 858,37	R\$ 171.674,00
9	309483-9	CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	200	R\$ 625,00	R\$ 125.000,00
10	00025260	CISTOLOTOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA BEXIGA	10	R\$ 3.980,69	R\$ 39.806,90
11	00026068	COLECISTECTOMIA	60	R\$ 4.380,12	R\$ 262.807,20
12	00024332	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOS E POSTERIOR	50	R\$ 3.015,76	R\$ 150.788,00
13	00066118	CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	400	R\$ 210,00	R\$ 84.000,00
14	0004216	CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA	1500	R\$ 200,00	R\$ 300.000,00
15	0004218	CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA	200	R\$ 188,67	R\$ 37.734,00
16	0004219	CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA	200	R\$ 198,00	R\$ 39.600,00
17	0071782	CONSULTA MÉDICA GINECOLOGICA	1000	R\$ 194,43	R\$ 194.430,00



GOVERNO MUNICIPAL FLS RUB  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE**  
Responsabilidade em ação, progresso para todos!  
Gestão 2025/2028

385  
9

18	0024579	CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA	1500	R\$ 170,83	R\$ 256.245,00
19	0004454	CONSULTA MÉDICA PEDIATRA	1056	R\$ 200,00	R\$ 211.200,00
20	004676	CONSULTA MÉDICA UROLOGIA	400	R\$ 204,00	R\$ 81.600,00
21	00023911	COLONOSCOPIA	60	R\$ 764,66	R\$ 45.879,60
22	TCEMT00 00190	COLPOSCOPIA	60	R\$ 577,17	R\$ 34.630,20
23	00057472	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/PUERPERAL	45	R\$ 2.415,27	R\$ 108.687,15
24	0075066	CURETAGEM SEMIOTICA/ OU S/ DILATAÇÃO	45	R\$ 1.983,41	R\$ 89.253,45
25	00057534	DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	10	R\$ 3.209,28	R\$ 32.092,80
26	0004609	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	35	R\$ 3.409,95	R\$ 119.348,25
27	00010136	DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL	10	R\$ 2.094,53	R\$ 20.945,30
28	00085286	EMISÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAIOS X	350	R\$ 47,13	R\$ 16.495,50
29	00057412	ENDOSCOPIA	150	R\$ 372,04	R\$ 55.806,00
30	326893-4	EXERESE DE CISTO BOLSA ESCROTAL	10	R\$ 2.808,31	R\$ 28.083,10
31	329804-3	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	10	R\$ 2.203,55	R\$ 22.035,50
32	00019365	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	15	R\$ 2.490,67	R\$ 37.360,05
33	309562-2	EXERESE DE CISTO VAGINAL	15	R\$ 3.278,76	R\$ 49.181,40



34	309537-1	EXERESE DE GLANDULA BARTHOLIN/ SKENE	8	R\$ 2.381,35	R\$ 19.050,80
35	00031638	EXPLORAÇÃO CIRURGICA DE BOLSA ESCRO-TAL	8	R\$ 2.225,36	R\$ 17.802,88
36	307904-0	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	40	R\$ 2.858,24	R\$ 114.329,60
37	307910-4	HEMORROIDECTOMIA	40	R\$ 2.689,32	R\$ 107.572,80
38	00025266	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	35	R\$ 4.139,54	R\$ 144.883,90
39	00025265	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	8	R\$ 3.848,48	R\$ 30.787,84
40	00025267	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	25	R\$ 3.792,96	R\$ 94.824,00
41	00025268	HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILA-TERAL)	40	R\$ 4.018,23	R\$ 160.729,20
42	00025270	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	40	R\$ 3.780,04	R\$ 151.201,60
43	309579-7	HISTERECTOMIA - TOTAL	25	R\$ 4.703,77	R\$ 117.594,25
44	309577-0	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	150	R\$ 4.135,69	R\$ 620.353,50
45	317756-4	HISTERECTOMIA UMBILICAL	85	R\$ 4.980,00	R\$ 423.300,00
46	TCEMT00 00233	HOLTER	200	R\$ 181,25	R\$ 36.250,00
47	309461-8	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	20	R\$ 3.786,09	R\$ 75.721,80
48	329966-0	LIBERAÇÃO / PLASTIA DE PREPUCIO	15	R\$ 2.622,50	R\$ 39.337,50
49	412287-9	LIBERAÇÃO DE ADERENCIA INSTESTINAL	8	R\$ 4.372,16	R\$ 34.977,28
50	215851-5	MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA	200	R\$ 189,44	R\$ 37.888,00



GOVERNO MUNICIPAL FLS  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE** RUB

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

389

9

51	TCEMT00 00231	MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	200	R\$ 178,08	R\$ 35.616,00
52	309589-4	OOFERECTOMIA / OOFOROPLASTIA	15	R\$ 3.942,33	R\$ 59.134,95
53	00069185	PARTO CESARIANO	200	R\$ 3.592,99	R\$ 718.598,00
54	0005551	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	75	R\$ 4.223,70	R\$ 316.777,50
55	00010107	PARTO NORMAL	200	R\$ 2.519,14	R\$ 503.828,00
56	00031630	POSTECTOMIA	15	R\$ 3.024,40	R\$ 45.366,00
57	304253-7	RAIO X CALCANEO	200	R\$ 77,47	R\$ 15.494,00
58	304205-7	RAIO X CAVUM	200	R\$ 77,39	R\$ 15.478,00
59	TCEMT00 00249	RAIO X COLUNA CERVICAL	200	R\$ 84,96	R\$ 16.992,00
60	304229-4	RAIO X COLUNA DORSAL	200	R\$ 89,15	R\$ 17.830,00
61	304227-8	RAIO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	200	R\$ 138,00	R\$ 27.600,00
62	00057418	RAIO X COLUNA LOMBO SACRA	200	R\$ 90,16	R\$ 18.032,00
63	304239-1	RAIO X DE ANTEBRAÇO	200	R\$ 81,84	R\$ 16.368,00
64	00011081	RAIO X DE ARCOS COSTAIS	200	R\$ 84,75	R\$ 16.950,00
65	386239-9	RAIO X DE ART. COXOFEMURAL	200	R\$ 83,31	R\$ 16.662,00
66	304243-0	RAIO X DE BACIA	200	R\$ 79,56	R\$ 15.912,00
67	304233-2	RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO)	200	R\$ 79,45	R\$ 15.890,00
68	386221-6	RAIO X DE COCCIX	200	R\$ 84,65	R\$ 16.930,00
69	304238-3	RAIO X DE COTOVELO	200	R\$ 72,70	R\$ 14.540,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**SANTO ANTONIO DO LESTE**

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

FLS  
RUB

388

J.

70	00057422	RAIO X DE CRANIO	200	R\$ 78,81	R\$ 15.762,00
71	00016629	RAIO X DE FEMUR (UNITARIO)	200	R\$ 95,95	R\$ 19.190,00
72	00035603	RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO)	200	R\$ 77,65	R\$ 15.530,00
73	386395-6	RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO)	200	R\$ 80,19	R\$ 16.038,00
74	386234-8	RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO)	200	R\$ 79,48	R\$ 15.896,00
75	00035621	RAIO X DE TORAX	200	R\$ 78,27	R\$ 15.654,00
76	304259-6	RAIO X DE TORAX PA/P	200	R\$ 88,78	R\$ 17.756,00
77	304236-7	RAIO X DE UMEMO	200	R\$ 79,73	R\$ 15.946,00
78	00057426	RAIO X DO TORNOZELO (UNITÁRIO)	200	R\$ 82,66	R\$ 16.532,00
79	304248-0	RAIO X JOELHO	200	R\$ 83,79	R\$ 16.758,00
80	00035612	RAIO X PÉ	200	R\$ 83,79	R\$ 16.758,00
81	00035615	RAIO X PERNA	200	R\$ 89,55	R\$ 17.910,00
82	304198-0	RAIO X SEIOS DA FACE	200	R\$ 90,95	R\$ 18.190,00
83	00035557	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 1.575,62	R\$ 315.124,00
84	00038989	RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE	200	R\$ 891,26	R\$ 178.252,00
85	00038992	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	R\$ 767,66	R\$ 153.532,00
86	00038991	RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE	200	R\$ 814,09	R\$ 162.818,00
87	00038987	RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚR-CICA COM CONTRASTE	200	R\$ 708,48	R\$ 141.696,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE**

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

FLS  
RUB

389

J.

88	304548-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
89	385083-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
90	385085-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ 568,33	R\$ 113.666,00
91	385073-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
92	304543-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
93	385076-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
94	390019-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	200	R\$ 537,33	R\$ 107.466,00
95	385086-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR(UNILATERAL)	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
96	385079-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
97	385077-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
98	385080-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	200	R\$ 537,50	R\$ 107.500,00
99	385087-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	200	R\$ 587,97	R\$ 117.594,00
100	00039002	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 907,49	R\$ 181.498,00
101	00038996	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 933,93	R\$ 186.786,00
102	00038995	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	R\$ 773,98	R\$ 154.796,00
103	00038990	RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE	200	R\$ 846,63	R\$ 169.326,00
104	309586-0	SALPINGECTOMIA UNILATERAL/ BILATERAL (TROMPAS)	180	R\$ 3.473,05	R\$ 625.149,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE**

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

FLS  
RUB 390  
9

105	00064753	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLÓGICA	200	R\$ 4.025,51	R\$ 805.102,00
106	00072084	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DO TIPO TESTE DE ESPORÇO/ERGOMÉTRICO COM LAUDO	200	R\$ 192,09	R\$ 38.418,00
107	00010397	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - TIPO CIRURGIA DO SISTEMA OSTEO-MUSCULAR EM PEDIATRIA	180	R\$ 3.748,68	R\$ 674.762,40
108	00064735	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - TIPO CIRURGIA ORTOPÉDICA	200	R\$ 3.915,35	R\$ 783.070,00
109	00069176	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS	200	R\$ 4.644,67	R\$ 928.934,00
110	309600-9	SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJECTO PELVICO	200	R\$ 2.500,09	R\$ 500.018,00
111	00037356	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	200	R\$ 363,48	R\$ 72.696,00
112	00027426	TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	200	R\$ 431,38	R\$ 86.276,00
113	00016707	TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 730,47	R\$ 146.094,00
114	304527-7	TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE	200	R\$ 577,52	R\$ 115.504,00
115	00037355	TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	200	R\$ 541,60	R\$ 108.320,00
116	00035657	TOMOGRAFIA DA PELVE COM CONTRASTE	200	R\$ 577,52	R\$ 115.504,00
117	00037508	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ 512,36	R\$ 102.472,00
118	00033501	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	200	R\$ 849,23	R\$ 169.846,00
119	304527-7	TOMOGRAFIA DE BACIA /PELVE	200	R\$ 410,30	R\$ 82.060,00



GOVERNO MUNICIPAL  
**SANTO ANTÔNIO DO LESTE**

Responsabilidade em ação, progresso para todos!

Gestão 2025/2028

FLS  
RUB - 395  
9

120	00035635	TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	200	R\$ 455,39	R\$ 91.078,00
121	00037358	TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	200	R\$ 357,86	R\$ 71.572,00
122	00037357	TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	200	R\$ 539,52	R\$ 107.904,00
123	280452-2	TOMOGRAFIA DE CRANIO	200	R\$ 437,29	R\$ 87.458,00
124	00027419	TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	200	R\$ 468,11	R\$ 93.622,00
125	280451-4	TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	200	R\$ 380,83	R\$ 76.166,00
126	280462-0	TOMOGRAFIA DE TORAX	200	R\$ 514,90	R\$ 102.980,00
127	00057431	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 607,75	R\$ 121.550,00
128	0004570	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR	200	R\$ 505,30	R\$ 101.060,00
129	00081454	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	200	R\$ 752,52	R\$ 150.504,00
130	00016626	TOMOGRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE	200	R\$ 703,00	R\$ 140.600,00
131	00033500	TOMOGRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE	200	R\$ 741,97	R\$ 148.394,00
132	323682-0	TORASCOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	200	R\$ 5.269,71	R\$ 1.053.942,00
133	326087-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	200	R\$ 5.991,55	R\$ 1.198.310,00
134	00023781	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	20	R\$ 2.875,15	R\$ 57.503,00
135	00069186	TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	50	R\$ 4.083,45	R\$ 204.172,50
136	327585-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	15	R\$ 2.802,28	R\$ 42.034,20
137	280418-2	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	200	R\$ 168,15	R\$ 33.630,00
138	280419-0	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 208,23	R\$ 41.646,00
139	280436-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	200	R\$ 165,07	R\$ 33.014,00
140	280639-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	200	R\$ 158,07	R\$ 31.614,00
141	00037487	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	200	R\$ 211,47	R\$ 42.294,00
142	304496-3	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	200	R\$ 229,87	R\$ 45.974,00
143	280425-5	ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	200	R\$ 184,90	R\$ 36.980,00
144	304495-5	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	200	R\$ 375,20	R\$ 75.040,00



145	280426-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO	200	R\$ 162,40	R\$ 32.480,00
146	304488-2	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA	200	R\$ 156,40	R\$ 31.280,00
147	280423-9	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	200	R\$ 186,73	R\$ 37.346,00
148	00034417	VASECTOMIA	200	R\$ 3.214,46	R\$ 642.892,00

## 5 – EXECUÇÃO DO SERVIÇO

**5.1** Fornece aos pacientes todos os recursos necessários para seu atendimento, tais como avaliação médica, orientações técnicas, encaminhamentos, assinaturas em termos e protocolos, internamento, acompanhamento, realização de exames, procedimentos diagnósticos e outros procedimentos necessários ao serviço;

**5.2.** Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

**5.3** Solicitar a realização de exames diagnósticos subsidiários (radiológicos, laboratoriais e eletro diagnósticos) ou efetuar-los e interpretar os resultados sempre que necessário;

**5.4** Realizar atividades de demanda espontânea/emergência, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

**5.5** Comprometer-se pela apresentação mensal de listagem de pacientes que realizaram agendamento e não compareceram para feitura do exame.

**5.6** Indenizar danos causados aos usuários, aos órgãos dos SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas pelo credenciado, ficando-lhe assegurado o total acesso às formas de defesa;

**5.7** Responsabilizar-se por eventuais danos causados à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Contrato;

**5.8.** Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações e atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos seus serviços.

**5.9** Informar à Secretaria Municipal de Saúde, imediatamente, eventuais alterações de sua razão social, controle acionário, mudança de endereço, inclusive alteração de responsável técnico, devendo apresentar ao Departamento de Licitações e Compras, cópia de todos os documentos que sofreram alteração.

**5.10** Manter-se, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

**5.11** Prestar o serviço de acordo com as normas gerais editadas pelo MS, Agência Nacional de Saúde e Conselho FEDERAL DE MEDICINA, bem como observar as normas, rotinas, protocolos clínicos e todas as exigências desde que pautada na legalidade.

**5.12** Cumprir obrigações decorrentes de portarias dos órgãos fiscalizadores, higiene e manutenção de equipamentos e utensílios usados na prestação dos serviços, bem como a escolha e a cautela exigida aos procedimentos médicos a serem adotados.

**5.13** A contratada responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, ou comercial, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;

**5.14** Não poderá haver por parte da contratada qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que poderão ser realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;



**5.15** A produção dos serviços prestados pela contratada deverá ser registrada e apresentada mensalmente até o **último dia útil** de cada mês subsequente para a conferência pelo setor responsável;

**5.16** Para fins da conferência a contratada deverá apresentar as solicitações médicas devidamente autorizadas pela Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde bem como apresentar em anexo cópia do laudo do procedimento realizado devidamente assinado e datado e comprovado o recebimento pelo paciente ou representante;

**5.17** A eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeito à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

**5.18** A contratada deverá apresentar a relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número da inscrição nos respectivos conselhos profissionais, quando for o caso;

**5.19** Apresentar também cópia autenticada do certificado de especialidade devidamente reconhecido pelo CRM, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço contratado.

## 6. DO VALOR ESTIMADO

**6.1.** O valor estimado para a presente contratação é de **R\$ 21.069.651,20** (vinte e um milhões sessenta e nove mil seiscentos e cinquenta e um reais e vinte centavos).

## 7. PRAZO DE VIGENCIA

**7.1.** O prazo de vigência da contratação será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado por até **05 (cinco) anos**, por ser considerado serviço contínuo.

**7.2.** A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a revisão dos preços do edital.

## 8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- a) Oferecer todas as informações necessárias para que a licitante vencedora possa executar o objeto adjudicado dentro das especificações;
- b) Efetuar os pagamentos nas condições e prazos estipulados;
- c) Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalização do objeto deste Instrumento;
- d) Notificar, por escrito, à licitante vencedora, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso do serviço, fixando prazo para sua correção;
- e) Acompanhar o serviço, podendo intervir durante a sua execução, para fins de ajuste ou suspensão do mesmo; inclusive rejeitando, no todo ou em parte, os serviços executados fora das especificações deste Edital.

## 9 - OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

**9.1.** Executar os serviços contratados de acordo com as especificações técnicas e exigências estabelecidas no termo de referência, edital e seus anexos.

**9.2.** Garantir a qualidade, eficiência e pontualidade na execução dos serviços.



- 9.3.** Disponibilizar mão de obra qualificada e em quantidade suficiente para o cumprimento das obrigações contratuais.
- 9.4.** Utilizar materiais, equipamentos e insumos compatíveis com as normas técnicas e regulamentações aplicáveis
- 9.5.** Cumprir todas as normas técnicas, ambientais, trabalhistas, fiscais e de segurança aplicáveis à execução dos serviços.
- 9.6.** Manter em dia as licenças, autorizações e demais documentos exigidos por órgãos reguladores.
- 9.7.** Contratar e manter regularizados seus empregados, garantindo o cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias.
- 9.8.** Responder por qualquer dano causado aos empregados, terceiros ou ao patrimônio público durante a execução dos serviços.
- 9.9.** Comunicar imediatamente à contratante qualquer fato que possa comprometer o cumprimento do prazo contratual.
- 9.10.** Permitir e facilitar a fiscalização pela Administração Pública, fornecendo todos os documentos e informações solicitados.
- 9.11.** Atender prontamente às recomendações e exigências dos fiscais do contrato.
- 9.12.** Responder por eventuais danos causados à Administração Pública, terceiros ou meio ambiente em decorrência da execução dos serviços.
- 9.13.** Submeter-se às penalidades previstas no contrato, incluindo multas, advertências e rescisão contratual, em caso de descumprimento de obrigações.
- 9.14.** Manter sigilo sobre todas as informações obtidas no decorrer da execução dos serviços, não podendo divulgá-las sem autorização prévia da Administração Pública.
- 9.15.** Garantir a segurança das informações e documentos acessados, protegendo-os contra uso indevido ou vazamento.
- 9.16.** Não será permitida a terceirização das obrigações assumidas, devendo o contrato ser executada pelo Licitante contratado;
- 9.17.** Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões, a critério da Administração, referentes à execução do serviço, nos termos da Lei vigente.
- 9.18.** A empresa contratada deverá manter as mesmas condições de habilitação e qualificação durante toda a vigência do contrato.

## **10. LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO**

**10.1.** A contratada deverá entregar a Nota Fiscal no momento da entrega do objeto contratado, sob pena de não recebimento, e as certidões de regularidade fiscal, social e trabalhista exigidas na habilitação da licitação, ou as justificativas pela impossibilidade de apresentação das referidas certidões, além de outros documentos eventualmente exigidos no Termo de Referência para pagamento, em até 30 (trinta) dias após a liquidação da nota, sob pena de caracterizar a infração tipificada no art. 155, VII, da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

**10.2.** CNPJ constante da nota fiscal/fatura deverá ser o mesmo indicado na proposta e nota de empenho.

**10.3.** O objeto contratado será recebido provisoriamente pelo fiscal de contrato designado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico (art. 140, I, "a", da Lei Federal



nº 14.133, de 2021) e definitivamente por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais (art. 140, I, "b", da Lei Federal nº 14.133, de 2021).

**10.4.** No caso de fornecimento de bens importados, a contratada deverá apresentar a documentação que comprove a sua origem, bem como a quitação dos tributos de importação a eles referentes.

**10.5.** O pagamento do objeto da presente licitação, sujeito à retenção na fonte de tributos e contribuições sociais de acordo com os normativos legais, será efetuado em até 30 dias, a partir do recebimento definitivo do objeto contratado, com a emissão de ordem bancária para o crédito em conta corrente da contratada, observada a ordem cronológica estabelecida no art. 141 da Lei Federal nº 14.133, de 2021.

**10.6.** A Prefeitura não efetuará pagamento de título descontado, ou por meio de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros por intermédio da operação de "factoring".

**10.7.** Nos termos do art. 92, V, da Lei Federal nº 14.133, de 2021, caso o pagamento seja efetuado após 30 (trinta) dias do recebimento definitivo do objeto contratado, desde que a contratada não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Leste / MT, entre o 31º (trigésimo primeiro) dia e a data da emissão da ordem bancária, será a seguinte:

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

**EM** = encargos moratórios;

**I** = 0,0001644 (índice de compensação financeira por dia de atraso, assim apurado:  $I = (6/100/365)$ );

**N** = número de dias entre a data limite para o pagamento e a do efetivo pagamento;

**VP** = valor da parcela a ser paga.

**10.8.** No dever de pagamento pela Administração, será observada a ordem cronológica dos contratos de fornecimento de bens.

**10.9.** Como condição para liquidação do empenho, será verificado pelo setor competente se a empresa está regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas ME e EPP - Simples Nacional - para efeito do disposto no inciso XI, art. 4º da IN RFB nº 1234, de 2012, em 2 (duas) vias, assinada pelo seu representante legal, conforme modelo constante do Anexo IV da referida IN.

## 11. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

**11.1.** Os recursos para aquisições dos produtos constantes no objeto deste edital correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Unidade	05	SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Funcional Programática	10.306.5016.2159	AQUISIÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS
Ficha	154	
Despesa/fonte	3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA



## 12. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO OBJETO

**12.1** A realização dos serviços será(ão) realizada(s) de forma parcelada, conforme especificações dos materiais e respectivas quantidades, de acordo com a descrição dos produtos contida no Anexo I - Termo de Referência, acompanhada de nota fiscal correspondente, a qual deverá ser preenchida com as especificações apresentadas na respectiva nota de empenho.

**12.2.** O recebimento será feito: (art. 140, I, da Lei Federal nº 14.133, de 2021):

**12.3.** provisoriamente, de forma surnária, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, com verificação posterior da conformidade do material com as exigências contratuais (art. 140, I, "a"); e

## 13. FORMA E CRITERIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

**13.1.** O fornecedor será selecionado por meio da realização de processo de inexigibilidade de licitação, com fundamento na hipótese do art. 78, I e art. 79, I da Lei Federal 14.133/21.

**13.2.** Para contratação o fornecedor deverá comprovar os seguintes requisitos de habilitação:

### 13.3. HABILITAÇÃO JURIDICA

#### 12.3.1. PESSOA JURÍDICA:

**a)** Cópia autenticada do Ato Constitutivo (**Estatuto ou Contrato Social**) consolidado ou acompanhado das alterações posteriores, devidamente registrado na Junta Comercial do Estado, em se tratando de Sociedades Comerciais, devendo, no caso de Sociedades por Ações, estar acompanhado da ata da assembleia da última eleição dos administradores e no caso de Sociedades Simples, acompanhado de alterações e prova dos administradores em exercício que demonstre a competência legal do interessado para representar e assinar pela empresa e cópia da Cédula de Identidade e CPF;

**b)** Em se tratando de procurador deverá apresentar ainda, Procuração devidamente assinada com firma reconhecida em cartório dando poderes para praticar todos os atos inerentes ao presente credenciamento e cópia da Cédula de Identidade e CPF do procurador;

**c)** Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhado de prova da Diretoria em exercício;

**d)** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

### 13.4. HABILITAÇÃO FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA

**a)** Prova de inscrição no cadastro nacional de pessoa jurídica – **CNPJ**;

**b)** Prova de Regularidade para com a Fazenda **Federal, Estadual e Municipal** da jurisdição fiscal do estabelecimento licitante;

**c)** Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – **FGTS**;

**d)** Prova de Inexistência de Débitos **Trabalhistas** – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). Disponível no site <http://www.tst.jus.br/certidao>.



### **13.5. HABILITAÇÃO TÉCNICA:**

- 13.5.1.** Apresentar inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- 13.5.2.** Comprovação de registro da proponente no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – (CRM-MT).
- 13.5.3.** Registro do responsável técnico em plena validade legal no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – (CRM-MT).
- 13.5.4. Um ou mais Atestado de Capacidade Técnica**, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que expressamente consignem a aptidão da licitante para desempenho satisfatório de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da presente licitação. Podendo ser exigido da proposta melhor classificada, que apresente cópia autenticada do contrato da prestação do serviço ou da nota fiscal, que deram origem ao Atestado. Se o atestado for emitido por pessoa jurídica de direito privado, este deverá ser emitido preferencialmente em papel timbrado do emitente contendo razão social, CNPJ, endereço e telefone da pessoa jurídica que emitiu o atestado, data de emissão e identificação do responsável pela emissão do atestado (nome, cargo e assinatura) e deverá constar o reconhecimento de firma passado em cartório do titular da empresa que firmou a declaração.

### **13.6. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA:**

- a) Todas as formas societárias deverão apresentar Certidão de Falência, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial**, emitida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica em plena validade;
- b) Certidão de Falência, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial**, quando as empresas forem sediadas no Estado de Mato Grosso, **devem ser emitidas como autor e réu.**
- c) No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial**, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente, na forma do art. 58, da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação.

### **13.7. DAS DECLARAÇÕES:**

- a) As empresas deverão declarar (conforme modelo constante no Anexo II e III do edital)**, que conhecem inteiro teor do Edital de **Credenciamento nº XXX/2025**, bem como o valor que a Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Leste/MT se propõe a pagar pelos serviços prestados de acordo com os valores constantes no Termo de Referência e ainda, que se compromete a prestar os serviços, de acordo com as condições estabelecidas no Edital e seus anexos.
- b) As empresas deverão declarar, para todos os efeitos legais, que cumpre todos os requisitos legais exigidas no Edital, conforme modelo constante no Anexo IV do edital;**

### **14. REAJUSTE**

- 14.1.** A princípio, os preços contratados são irremovíveis. Entretanto, a nota de empenho decorrente da contratação poderá ser alterada, desde que observado o interregno mínimo de 1 (um) ano, a partir da data da proposta, mediante negociação entre as partes, para restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial, em caso de força maior, caso fortuito, por ocorrência de



fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução da contratação tal como pactuado, respeitada, em qualquer caso, a repartição objetiva de risco estabelecido, se for o caso.

**14.1.1.** Para efeito do disposto no item anterior, será apreciada a possibilidade da aplicação pelo Índice Geral de Preços Mercado – IGP-M de acordo com a seguinte fórmula:

$$PR = PIC \times IR$$

Onde:

**PR** = Preço reajustado

**PIC** = Preço inicial do contrato

**IR** = Índice de reajuste

**14.2.** O pedido de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, inclusive decorrente de reajuste, deverá ser formulado durante a vigência da contratação.

**14.3.** Na hipótese de reajuste, a contratada será consultada sobre a possibilidade de renúncia ao reajuste previsto antes da formalização da prorrogação. Na impossibilidade de renúncia ao reajuste, a contratada deverá encaminhar, juntamente com o pedido de reajuste, os respectivos cálculos do valor que entender devido antes da assinatura do termo aditivo de prorrogação contratual, sob pena de preclusão do direito. Os cálculos apresentados serão submetidos à apreciação da unidade técnica do contratante para deliberação acerca da sua pertinência.

**14.4.** Na impossibilidade de encaminhar os cálculos antes da assinatura do termo aditivo de prorrogação, a contratada, mediante justificativa a ser apreciada pelo contratante, poderá solicitar a inclusão de cláusula resguardando o direito de pleitear reequilíbrio até o término da vigência da subsequente prorrogação.

**14.5.** A Administração também deverá manifestar o interesse no reajuste antes da assinatura do termo aditivo de prorrogação contratual quando este for do seu interesse, a exemplo de ocorrência de índice negativo.

## **15. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO.**

**15.1.** Para fins de cumprimento do art. 117, §1º, §2º e §3º, da Lei n.º 14.133/2021, o CONTRATANTE designa servidor(a), como gestor de contrato.

**15.2.** Para fins de cumprimento do art. 118 da Lei n.º 14.133/2021, a CONTRATADA designará servidor (a) para desempenhar a função de preposto perante a CONTRATANTE.

**15.3.** A CONTRATADA ficará sujeita à fiscalização do CONTRATANTE, que a qualquer momento, terá poderes de interferir no andamento dos serviços, reservando-se ainda o direito de recusar o recebimento dos serviços caso não estiverem de acordo com os padrões técnicos especificados no termo de referência.



**15.4.** É responsabilidade da CONTRATADA a qualidade dos serviços executados ou fornecidos para esta finalidade, inclusive a promoção de readequações, sempre que detectadas impropriedades que possam comprometer a consecução do objeto ajustado.

Santo Antônio do Leste/MT, 02 de setembro de 2025.

---

**EULICE IDALINA DE ALMEIDA**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês  
CNPJ: 04.217.362/0001-90

## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição	Responsável	Data
01743/25	EULICE IDALINA DE ALMEIDA	13/07/2025

Descrição  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Poder **PODER EXECUTIVO**  
 Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Placa

### Observação

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód. TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
Descrição Detalhada do Produto				Observação			
1	001.037.661	0004592	ADENOIDECTOMIA	UNID	20	0	11
2	001.037.664	00023770	AMIGDALECTOMIA	UNID	20	0	11
3	001.037.665	00016633	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	UNID	100	0	11
4	001.037.666	00024437	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE DEDO	UNID	14	0	11
5	001.037.667	00065667	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	UNID	14	0	11
6	001.037.668	385065-0	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	UNID	70	0	11
7	001.037.669	307865-5	APENDICECTOMIA	UNID	20	0	11
8	001.037.670	432711-0	BIOPSIA (QUALQUER TECNICA)	UNID	200	0	11
9	001.037.671	309483-9	CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	UNID	200	0	11
10	001.037.672	00025260	CISTOTOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA BEXIGA	UNID	10	0	11
11	001.037.673	00026068	COLECISTECTOMIA	UNID	60	0	11
12	001.037.674	00024332	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOS E POSTERIOR	UNID	50	0	11
13	001.037.675	00066118	CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	UNID	400	0	11
14	001.037.676	0004216	CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGIA	UNID	1500	0	11
15	001.037.677	0004218	CONSULTA MÉDICA DERMATOLOGISTA	UNID	200	0	11
16	001.037.678	0004219	CONSULTA MÉDICA ENDOCRINOLOGISTA	UNID	200	0	11
17	001.037.679	0017182	CONSULTA MÉDICA GINECOLOGICA	UNID	1000	0	11

FLS  
RUB

400  
9



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.680	0024579	CONSULTA MÉDICA ORTOPEDISTA	UNID	1500	0	11
19	001.037.681	004454	CONSULTA MÉDICA PEDIATRA	UNID	1056	0	11
20	001.037.682	004676	CONSULTA MÉDICA UROLOGIA	UNID	400	0	11
21	001.037.683	00023911	COLONOSCOPIA	UNID	60	0	11
22	001.037.684	MT0000190	COLPOSCOPIA	UNID	60	0	11
23	001.037.685	00057472	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/PUERPERAL	UNID	45	0	11
24	001.037.686	0075066	CURETAGEM SEMIOTICA/ OU S/ DILATAÇÃO	UNID	45	0	11
25	001.037.687	00057534	DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	UNID	10	0	11
26	001.037.688	0004609	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	UNID	35	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

405  
g



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data  
**01745/25** EULICE IDALINA DE ALMEIDA 13/07/2025

Descrição  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Poder PODER EXECUTIVO  
Órgão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Setor Solicitante FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Centro de Custo 11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Placa

### Observação

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód. TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
1	001.037.689	00010136	DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL	UNID	10	0	11
2	001.037.690	00085286	EMISÃO DE LAUDO DOS EXAMES DE RAIOS X	UNID	350	0	11
3	001.037.691	00057412	ENDOSCOPIA	UNID	150	0	11
4	001.037.692	326893-4	EXERESE DE CISTO BOLSA ESCROTAL	UNID	10	0	11
5	001.037.693	329804-3	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	UNID	10	0	11
6	001.037.694	00019365	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	UNID	15	0	11
7	001.037.695	309562-2	EXERESE DE CISTO VAGINAL	UNID	15	0	11
8	001.037.696	309537-1	EXERESE DE GLANDULA BARTHOLINI/ SKENE	UNID	8	0	11
9	001.037.697	00031638	EXPLORAÇÃO CIRURGICA DE BOLSA ESCROTAL	UNID	8	0	11
10	001.037.698	307904-0	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	UNID	40	0	11
11	001.037.699	307910-4	HEMORROIDECTOMIA	UNID	40	0	11
12	001.037.700	00025266	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	UNID	35	0	11
13	001.037.701	00025265	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	UNID	8	0	11
14	001.037.702	00025267	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	UNID	25	0	11
15	001.037.703	00025268	HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL)	UNID	40	0	11
16	001.037.704	00025270	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	UNID	40	0	11
17	001.037.705	309579-7	HISTERECTOMIA - TOTAL	UNID	25	0	11

FLS  
RUB

402  
9



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.707	309577-0	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	UNID	150	0	11
19	001.037.708	317756-4	HISTERECTOMIA UMBILICAL	UNID	85	0	11
20	001.037.709	MT0000233	HOLTER	UNID	200	0	11
21	001.037.710	309461-8	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	UNID	20	0	11
22	001.037.711	329966-0	LIBERAÇÃO / PLASTIA DE PREPUCIO	UNID	15	0	11
23	001.037.712	412287-9	LIBERAÇÃO DE ADERENCIA INSTESTINAL	UNID	8	0	11
24	001.037.713	215851-5	MAMOGRAFIA/MASTOGRAFIA	UNID	200	0	11
25	001.037.714	MT0000231	MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	UNID	200	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

403  
g.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

Requisição	Responsável	Data
<b>01926/25</b>	EULICE IDALINA DE ALMEIDA	13/07/2025

Descrição

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Poder **PODER EXECUTIVO**  
 Órgão **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Setor Solicitante **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
 Placa

**Observação**

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód. TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
1	001.037.715	309599-4	OOFERECTOMIA / OOFOROPLASTIA	UNID	15	0	11
2	001.037.716	0069185	PARTO CESARIANO	UNID	200	0	11
3	001.037.717	000551	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	UNID	75	0	11
4	001.037.718	00010107	PARTO NORMAL	UNID	200	0	11
5	001.037.719	00031630	POSTECTOMIA	UNID	15	0	11
6	001.037.720	304253-7	RAIO X CALCANEIO	UNID	200	0	11
7	001.037.721	304205-7	RAIO X CAVUM	UNID	200	0	11
8	001.037.722	MT0000249	RAIO X COLUNA CERVICAL	UNID	200	0	11
9	001.037.819	304229-4	RAIO X COLUNA DORSAL	UNID	200	0	11
10	001.037.723	304229-4	RAIO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	UNID	200	0	11
11	001.037.724	00057418	RAIO X COLUNA LOMBO SACRA	UNID	200	0	11
12	001.037.725	304239-1	RAIO X DE ANTEBRAÇO	UNID	200	0	11
13	001.037.726	00011081	RAIO X DE ARCOS COSTAIS	UNID	200	0	11
14	001.037.727	386239-9	RAIO X DE ART. COXOFEMURAL	UNID	200	0	11
15	001.037.728	304243-0	RAIO X DE BACIA	UNID	200	0	11
16	001.037.729	304233-2	RAIO X DE CLAVICULA (UNITÁRIO)	UNID	200	0	11
17	001.037.730	386221-6	RAIO X DE COCCIX	UNID	200	0	11



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.731	304238-3	RAIO X DE COTOVELO	UNID	200	0	11
19	001.037.732	304238-3	RAIO X DE CRANIO	UNID	200	0	11
20	001.037.733	00016629	RAIO X DE FEMUR (UNITÁRIO)	UNID	200	0	11
21	001.037.734	00035603	RAIO X DE MÃO (UNITÁRIO)	UNID	200	0	11
22	001.037.735	386395-6	RAIO X DE OMBRO (UNITÁRIO)	UNID	200	0	11
23	001.037.736	386234-8	RAIO X DE PUNHO (UNITÁRIO)	UNID	200	0	11
24	001.037.737	00035621	RAIO X DE TORAX	UNID	200	0	11
25	001.037.738	304259-6	RAIO X DE TORAX PAP	UNID	200	0	11
26	001.037.739	304236-7	RAIO X DE UMEMO	UNID	200	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

405  
9.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data  
**01749/25** EULICE IDALINA DE ALMEIDA 13/07/2025

Descrição

### PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Poder PODER EXECUTIVO  
Órgão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Setor Solicitante FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Centro de Custo 11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Placa

### Observação

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód.TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
1	001.037.740	00057426	RAIO X DO TORNOZELO (UNITARIO)	UNID	200	0	11
2	001.037.741	304248-0	RAIO X JOELHO	UNID	200	0	11
3	001.037.742	00035612	RAIO X PÉ	UNID	200	0	11
4	001.037.743	00035615	RAIO X PERNA	UNID	200	0	11
5	001.037.744	00035615	RAIO X SEIOS DA FACE	UNID	200	0	11
6	001.037.745	00035557	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	UNID	200	0	11
7	001.037.746	00038989	RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
8	001.037.747	00038992	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
9	001.037.748	00038991	RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
10	001.037.749	00038987	RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TÚRCICA COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
11	001.037.750	304548-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	UNID	200	0	11
12	001.037.751	385083-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	UNID	200	0	11
13	001.037.752	385085-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	UNID	200	0	11
14	001.037.753	385085-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	UNID	200	0	11
15	001.037.754	304543-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	UNID	200	0	11
16	001.037.755	385076-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	UNID	200	0	11
17	001.037.756	390019-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	UNID	200	0	11



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.757	385086-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR(UNILATERAL)	UNID	200	0	11
19	001.037.758	385079-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	UNID	200	0	11
20	001.037.759	385079-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	UNID	200	0	11
21	001.037.760	385077-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	UNID	200	0	11
22	001.037.761	385087-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	UNID	200	0	11
23	001.037.762	00039002	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
24	001.037.763	00039002	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
25	001.037.764	00038995	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO COM CONTRASTE	UNID	200	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

409  
g.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data  
**01750/25** EULICE IDALINA DE ALMEIDA 13/07/2025

Descrição

### PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Poder PODER EXECUTIVO  
Órgão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Setor Solicitante FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
Placa

### Observação

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód. TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
1	001.037.765	00038990	RESSONANCIA MAGNETICA DO TORAX COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
2	001.037.766	309589-0	SALPINGECTOMIA UNILATERAL/ BILATERAL (TROMPAS)	UNID	180	0	11
3	001.037.767	00064753	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO - DO TIPO CIRURGIA GINECOLOGICA	UNID	200	0	11
4	001.037.768	00072084	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MEDICO DO TIPO TESTE DE ESPORÇO/ERGOMETRICO COM LAUDO	UNID	200	0	11
5	001.037.769	00010397	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM PEDIATRIA	UNID	180	0	11
6	001.037.770	00064735	SERVIÇO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -TIPO CIRURGIA ORTOPEDICA	UNID	200	0	11
7	001.037.771	00069176	SERVIÇO PROCEDIMENTO MÉDICO OUTRAS CIRURGIAS/REPARADORAS	UNID	200	0	11
8	001.037.773	309600-9	SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	UNID	200	0	11
9	001.037.774	00037356	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	UNID	200	0	11
10	001.037.775	00027426	TOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATEAL)	UNID	200	0	11
11	001.037.776	00016707	TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	UNID	200	0	11
12	001.037.777	304527-7	TOMOGRAFIA DA BACIA COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
13	001.037.778	304527-7	TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
14	001.037.782	00035657	TOMOGRAFIA DA Pelve COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
15	001.037.783	00037508	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	UNID	200	0	11
16	001.037.784	00033501	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
17	001.037.785	304527-7	TOMOGRAFIA DE BACIA /PELVE	UNID	200	0	11

FLS  
RUB

408  
g



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.786	00035635	TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	UNID	200	0	11
19	001.037.787	00037358	TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA	UNID	200	0	11
20	001.037.788	00037357	TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
21	001.037.789	280462-2	TOMOGRAFIA DE CRANIO	UNID	200	0	11
22	001.037.790	00027419	TOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	UNID	200	0	11
23	001.037.791	280451-4	TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	UNID	200	0	11
24	001.037.796	280462-0	TOMOGRAFIA DE TORAX	UNID	200	0	11
25	001.037.797	00057431	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	UNID	200	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

409  
g.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição	Responsável	Data
<b>01925/25</b>	EULICE IDALINA DE ALMEIDA	13/07/2025
Descrição		

### PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Poder: PODER EXECUTIVO  
 Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 Setor Solicitante: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 Centro de Custo: 11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 Placa:

### Observação

prestação de serviços ambulatoriais e Hospitalares na área da saúde (Unidades Hospitalares 24h), para realização de Consultas, exames e procedimentos clínicos e cirúrgicos (internações), para atender as necessidades dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santo Antônio do Leste.

Item	Cód. Produto	Cód. TCE	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo
1	001.037.798	0004570	TOMOGRRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR	UNID	200	0	11
2	001.037.799	00081454	TOMOGRRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
3	001.037.800	00016626	TOMOGRRAFIA DO CRANIO COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
4	001.037.801	00033500	TOMOGRRAFIA DO TORAX COM CONTRASTE	UNID	200	0	11
5	001.037.802	323662-0	TORASCOTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	UNID	200	0	11
6	001.037.803	326087-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	UNID	200	0	11
7	001.037.804	00023781	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	UNID	20	0	11
8	001.037.805	00069186	TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	UNID	50	0	11
9	001.037.806	327585-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	UNID	15	0	11
10	001.037.807	280418-2	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	UNID	200	0	11
11	001.037.808	280419-0	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	UNID	200	0	11
12	001.037.809	280436-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	UNID	200	0	11
13	001.037.810	280639-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	UNID	200	0	11
14	001.037.811	00037487	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	UNID	200	0	11
15	001.037.812	304496-3	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTETRICO	UNID	200	0	11
16	001.037.813	280425-5	ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	UNID	200	0	11
17	001.037.814	304495-5	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	UNID	200	0	11



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ : 04.217.362/0001-90

**Solicitação de Materiais / Serviços**

18	001.037.815	280426-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO	UNID	200	0	11
19	001.037.816	304488-2	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA	UNID	200	0	11
20	001.037.817	280423-9	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	UNID	200	0	11
21	001.037.818	00034417	VASECTOMIA	UNID	200	0	11

-----  
Presidente

-----  
Secretário

-----  
Almoxarifado

FLS  
RUB

233  
G.