

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Contrato que entre si fazem, na melhor forma de direito, de um lado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS estabelecida na Av. Edmeia Mattos Lazzarotti, 1655-Lojas 144 a 154, Bairro Angola- CEP – 32.604-155 - Betim, inscrita no C.N.P.J. sob o nº:17.214.743/0018-05 e I.E isento representada neste ato por seus executivos legalmente constituídos, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE** de outro lado SERMEP SERVIÇOS MEDICOS LTDA, pessoa jurídica de natureza privada, inscrita no CNPJ nº: 20.231.343/0001-74, com sede na Rua Presidente Vargas, Nº 285, Bairro Centro, no Município de Brumadinho CEP 35.460-000, representada neste ato por seu representante legalmente, doravante denominado simplesmente **CONTRATADO**, os quais livremente e de comum acordo firmam o presente contrato de prestação de serviços médicos que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições

### CLÁUSULA PRIMEIRA – Do objeto:

Constitui objeto do presente contrato a prestação, pelo **CONTRATADO**, de serviços de procedimentos e exames médicos/hospitalares em suas dependência ou em dependência indicados por este, na cidade de Betim aos beneficiários/usuários do **CONTRATANTE** sob as condições definidas neste instrumento.

**Parágrafo Primeiro:** Os procedimentos e/ou exames propedêuticos e terapêuticos ora contratados estão previstos no anexo I deste contrato.

**Parágrafo Segundo:** Os procedimentos e/ou exames propedêuticos e/ou terapêuticos serão realizados em local indicado pelo contratado e remunerados conforme previsto no anexo I, estando inclusos os materiais, medicamentos, instrumentais, equipamentos, serviços e salas específicas.

### CLÁUSULA SEGUNDA – Das regras de execução.

São denominados **Beneficiários/pacientes**, todos aqueles pacientes autorizados pela **CONTRATANTE** para a realização de exames e/ou procedimentos médicos/hospitalares junto a **CONTRATANTE** que pela ocasião do atendimento deverão apresentar formulário próprio de autorização expedido pelo **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Primeiro:** O **CONTRATANTE** encaminhará os pacientes mediante emissão de Guia Própria e Individual, autorizando a sua admissão nas dependências do **CONTRATADO** e/ou de seus parceiros, para a realização de exames e/ou procedimentos de saúde específico, nas especialidades oferecidas no documento anexo, na forma prescrita pelo(s) médico(s) responsável(eis) pelo tratamento do beneficiário/paciente da **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Segundo:** É vedado a **CONTRATADA** o atendimento de pacientes que não portem o documento de autorização formal para a realização do exame/procedimento expedido pela **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Terceiro:** A **CONTRATADA** não se responsabiliza por perdas ou extravios da autorização de realização de exames e/ou procedimentos pelos pacientes que impossibilite a execução do exame/procedimento agendado.

**Parágrafo Quarto:** A **CONTRATADA** não poderá vetar ou modificar procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos indicados pelo médico prescritor vinculado à **CONTRATANTE**.

**Parágrafo Quinto:** Caso a **CONTRATADA** constate no ato da realização do exame e/ou procedimento a necessidade de complementação dos procedimentos, estes serão informados com a respectiva justificativa técnica quando então terá o **CONTRATANTE** até 30 (trinta) minutos para a manifestação de concordância e consequente autorização.

**Parágrafo Sexto:** Não havendo manifestação expressa no prazo acima, poderá o **CONTRATADO** realizar o exame/procedimento sendo que as despesas advindas destas correrão por conta do **CONTRATANTE**, conforme tabela de preços acordadas junto ao **CONTRATADO** (anexo I).

**Parágrafo Sétimo:** Insurgindo complicações médicas decorrentes da execução do procedimento/exame, caberá a **CONTRATANTE** promover os atos médicos necessários à estabilização do paciente e, após, sua transferência para estabelecimentos de saúde indicados pela **CONTRATADA**.

**Parágrafo Oitavo:** Os exames e procedimentos deverão ser agendados com no mínimo 7 (sete) dias de antecedência, cabendo ao **CONTRATANTE** orientar os beneficiários/pacientes quanto aos preparos necessários, bem como, a data e local de realização dos exames/procedimentos.

**Parágrafo Nono:** A ausência de adequado preparo isenta o **CONTRATADO** de realizar o exames e/ou procedimentos médico/hospitalar, não cabendo qualquer responsabilização.

**Parágrafo Décimo:** É vedada à **CONTRATADA** a cobrança direta de qualquer taxa, tarifa ou preço aos beneficiários/pacientes do SUS encaminhados pelo **CONTRATADO**.

**Parágrafo Décimo Primeiro:** Compete as partes manter sigilo sobre o presente instrumento, como também, todo e qualquer dado ou informação dos beneficiário/pacientes.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – Do horário do atendimento:**

Os atendimentos deverão ser agendados e realizados de segunda a sexta-feira, de 07:00 às 17:00 horas. Poderão as partes pactuarem dias e horários distintos para atendimento a demandas específicas.

#### **CLÁUSULA QUARTA– Da ausência de vínculo:**

O **CONTRATADO** não manterá qualquer tipo de vínculo hierárquico ou empregatício com o **CONTRATANTE** e tampouco com seus representantes legais, gerentes, parceiros, terceiros e outros;

#### **CLÁUSULA QUINTA – Ausência de exclusividade:**

O presente contrato não é gravado com cláusula de exclusividade ficando livre o **CONTRATADO** para continuar a atender pacientes particulares, bem como beneficiários de outras instituições, operadoras de planos de saúde e outros convênios públicos ou privados, na forma que melhor lhe convier;

#### **CLÁUSULA SEXTA – Da remuneração:**

O **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** para cada atendimento prestado, exames e/ou procedimentos o disposto no anexo I do presente contrato.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – Do pagamento:**

O **CONTRATADO** apresentará ao **CONTRATANTE**, em formulário próprio, até o dia 30 de cada mês a fatura relacionando os atendimentos prestados durante o mês anterior, devendo o **CONTRATANTE** efetuar o pagamento até dia 20 do mês subsequente a realização do serviço, em depósito bancário junto ao Banco Bradesco, Agência 2524 designado pelo **CONTRATADO**, EM SUA Conta Corrente sob o nº0020888-4, servindo o comprovante de depósito bancário como recibo de pagamento para todos os efeitos legais;

**Parágrafo Primeiro:** O atraso no pagamento por parte da **CONTRATANTE** importará na cominação de multa de 2% e juros de 1% ao mês e atualização monetária, consoante preconizado no Código Civil.

**Parágrafo Segundo:** Não serão admitidas glosas ou qualquer desconto indevido de procedimentos médicos realizados que tenham sido objeto de autorização prévia, ainda que não constantes no anexo I, tampouco, em decorrência de atividades extras realizadas conforme disposto no nos parágrafos quinto e sexto da cláusula segunda, exceto nos casos evidente irregularidade, assegurando-se a ampla defesa e contraditório.

**Parágrafo Terceiro:** Em caso de erros materiais no formulário/fatura, a **CONTRATANTE** será informada pelo **CONTRATADO**, devendo a correção ocorrer em até 24 (vinte e quatro) horas.

**Parágrafo Quarto:** Caso constate a execução de procedimentos autorizados não constantes no anexo I do presente contratado, caberá as partes definirem os preços para o pagamento do referido exame/procedimento executado, que integrará o rol de procedimentos anexos.

**Parágrafo Quinto:** No caso do **CONTRATADO** prestar os serviços aqui previstos em estabelecimento de saúde de terceiros, a emissão e o pagamento dos serviços se dará sob sua titularidade.

**Parágrafo Sexto:** A **CONTRATANTE** compromete-se em fornecer comprovantes dos pagamentos realizados, discriminando os nomes dos beneficiários, os procedimentos e valores pagos, os tributos, bem como os valores líquidos a serem creditados.

#### **CLÁUSULA OITAVA– Da vigência:**

A vigência do presente contrato será de 12 meses a partir de sua assinatura, podendo ser revisado, de acordo com a vontade das partes ou de uma parte ou prorrogado sem revisão por mais de 12 meses ou mesmo ser rescindo, mediante notificação prévia de no mínimo 30 dias, sem prejuízo do recebimento dos valores de serviços já prestados e ainda não pagos pela **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA NONA– Das transgressões e penalidades:

Possíveis transgressões ocasionadas por qualquer uma das partes deverão ser resolvidas através do diálogo e da negociação.

**Parágrafo Primeiro:** As partes se obrigam a respeitar e cumprir o Código de Ética Médica e as Resoluções emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, amparados em lei.

**Parágrafo Segundo:** Constituem justos motivos para a rescisão motivada:

- O Não cumprimento das cláusulas contratuais;
- Liquidação ou decretação de falência do **CONTRATADO** ou da **CONTRATANTE**;
- Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;

**Parágrafo Terceiro:** Em todos os casos será oportunizado à parte transgressora o direito à ampla defesa e contraditório.

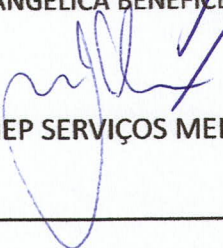
## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Do foro:

As partes elegem o Foro do Município de Betim para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente contrato.

Assim acordados, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, para que surtam seus efeitos legais, sendo que o presente documento, altera e substitui todo e qualquer contrato, termo ou assemelhado que tenha sido formalizado anteriormente pelas partes.

Betim , 25 de junho de 2020.

  
ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS

  
SERMEP SERVIÇOS MEDICOS LTDA

TESTEMUNHAS: \_\_\_\_\_

EXAMES DE DENSITOMETRIA ÓSSEA	Proposta final
DENSITOMETRIA OSSEA – COLUNA E FEMUR (DOIS SEGMENTOS)	R\$ 58,82
DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 94,12
DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 58,82

EXAMES DE MAMOGRAFIA	Proposta final
AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA(por mama)	R\$ 24,00
MAMOGRAFIA BILATERAL – DIGITAL OU CONVENCIONAL	R\$ 58,82
MAMOGRAFIA UNILATERAL – DIGITAL OU CONVENCIONAL	R\$ 45,00

EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	Proposta final
ANESTESIA OU SEDACAO PARA RM	R\$ 290,70
ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 390,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE CRANIO	R\$ 390,00
ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 290,70
ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 290,70
ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	R\$ 290,70
ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOCO	R\$ 290,70
ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	R\$ 290,70
ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 390,00
ANGIO-RM DE AORTA TORACICA	R\$ 390,00
ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 390,00
ANGIO-RM VENOSA DE CRANIO	R\$ 390,00
ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 450,00
ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 450,00
ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	R\$ 294,12
ANGIO-RM VENOSA DE PESCOCO	R\$ 294,12
ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	R\$ 294,12
ARTRO-RM (INCLUIR A PUNCAO ARTICULAR) - POR ARTICULACAO	R\$ 352,94
HIDRO-RM(COLANGIO-VIAS BILIARES-URO-MIELO-SIALO-CISTOGRAFIA)	R\$ 390,00
RM - ABDOME SUPERIOR	R\$ 400,00
RM - ABDOME TOTAL	R\$ 720,00
RM - ANTEBRAÇO OU BRAÇO	R\$ 380,00
RM - ARCOS COSTAIS OU COSTELAS	R\$ 380,00
RM - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) COTOVELO	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) COXO-FEMORAL	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) JOELHO	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) OMBRO/ ESTERNO-CLAVICULAR/ ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) PUNHO	R\$ 380,00
RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) TORNOZELO	R\$ 380,00
RM - BACIA(SACRO-ILÍACAS)	R\$ 380,00
RM - BASE DO CRANIO	R\$ 380,00
RM - COLUNA CERVICAL	R\$ 380,00
RM - COLUNA LOMBOSACRA	R\$ 380,00
RM - COLUNA TORACICA	R\$ 380,00
RM - COXA	R\$ 380,00
RM - CRANIO (ENCEFALO)	R\$ 380,00
RM - DEFECORESSONANCIA	R\$ 720,00

CA

RM - ESPECTROSCOPIA (COMPLEMENTO RM DE CRANIO)	R\$ 165,00
RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 380,00
RM - FETAL	R\$ 450,00
RM - MAMA	R\$ 450,00
RM - MAO	R\$ 380,00
RM - MULTIPARAMETRICA DA PRÓSTATA	R\$ 500,00
RM - ORBITA BILATERAL	R\$ 380,00
RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 380,00
RM - PE (ANTEPE) - NAO INCLUI TORNOZELO	R\$ 380,00
RM - Pelve (NAO INCLUI ARTICULACOES COXOFEMORAIS)	R\$ 380,00
RM - PÊNIS	R\$ 380,00
RM - PERNA	R\$ 380,00
RM - PESCOCO	R\$ 380,00
RM - PLEXO BRAQUIAL(DESFILADEIRO TORACICO)OU LOMBOSSACRAL	R\$ 380,00
RM - SELA TURCICA (HIPOFISE)	R\$ 380,00
RM - TORAX (MEDIASTINO, PULMAO, PAREDE TORACICA)	R\$ 380,00
CONTRASTE	R\$ 100,00

<b>RAIOS X SIMPLES</b>	<b>Proposta final</b>
RX - ABDOME AGUDO	R\$ 29,41
RX - ABDOME SIMPLES	R\$ 29,41
RX - ABDOMEN - A.P. - LAT. OU LOCALIZADA	R\$ 29,41
RX - ADENOIDES OU CAVUM	R\$ 29,41
RX - ANTEBRACO	R\$ 29,41
RX - ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	R\$ 29,41
RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	R\$ 29,41
RX - ARTICULACOES SACROILIACAS	R\$ 29,41
RX - BACIA	R\$ 29,41
RX - BRACO	R\$ 29,41
RX - CALCANEIO	R\$ 29,41
RX - CAVUM: LAT. - HIRTZ OU BOCA ABERTA E FECHADA	R\$ 29,41
RX - CLAVICULA	R\$ 29,41
RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 47,06
RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE PANORÂMICA	R\$ 100,00
RX - COSTELAS - POR HEMITORAX(ARCOS COSTAIS)	R\$ 29,41
RX - COTOVELO	R\$ 29,41
RX - COXA	R\$ 29,41
RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	R\$ 29,41

*EM*

RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - CRANIO - 4 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - DEDOS DA MAO	R\$ 29,41
RX - DEDOS DO PÉ	R\$ 29,41
RX - ESCANOMETRIA	R\$ 29,41
RX - ESTERNO	R\$ 29,41
RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE, COLUNA, MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR	R\$ 5,88
RX - JOELHO	R\$ 29,41
RX - MAO OU QUIRODACTILO	R\$ 29,41
RX - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 29,41
RX - MAXILAR INFERIOR	R\$ 29,41
RX - OMOPLATA OU ESCAPULA	R\$ 29,41
RX - ORBITAS - BILATERAL	R\$ 29,41
RX - ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	R\$ 29,41
RX - OSSOS DA FACE	R\$ 29,41
RX - PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 70,59
RX - PATELA OU RÓTULA OU JOELHO EM TRÊS POSIÇÕES: A.P. - LAT - AXIAL	R\$ 29,41
RX - PE OU PODODACTILO	R\$ 29,41
RX - PERNA	R\$ 29,41
RX - PUNHO	R\$ 29,41
RX - SACRO-COCCIX	R\$ 29,41
RX - SEIOS DA FACE: F.N. - M.N. - LAT. - HIRTZ	R\$ 29,41
RX - SELA TURCICA	R\$ 29,41
RX - TORAX - 1 INCIDENCIA(AP OU PA)	R\$ 29,41
RX - TORAX - 2 INCIDENCIAS(AP OU PA + PERFIL)	R\$ 29,41
RX - TORAX - 3 INCIDENCIAS	R\$ 29,41
RX - TÓRAX PADRÃO OIT(SEM ENVIO DO FILME, COM ENVIO DE CD)	R\$ 29,41
RX - TÓRAX PADRÃO OIT(COM ENVIO DO FILME)	R\$ 29,41

*EPJ*

<b>RAIOS X CONTRASTADOS</b>	<b>Proposta final</b>
RX - CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	R\$ 160,00
RX - ESOFAGO	R\$ 116,28
RX - ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 116,28
RX - REED ESOFAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 151,16
RX - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO	R\$ 151,16
RX - URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 160,00
RX - URETROCISTOGRAFIA DE CRIANCA (ATE 12 ANOS)	R\$ 160,00
RX - UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS-MICCIONAL	R\$ 160,00
RX - UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	R\$ 180,00

<b>EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b>	<b>Proposta final</b>
ANESTESIA OU SEDACAO PARA TC	R\$ 232,56
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	R\$ 250,00

ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	R\$ 250,00
ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	R\$ 250,00
TC - ABDOME SUPERIOR	R\$ 220,00
TC - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	R\$ 348,84
TC - ANTEBRACO	R\$ 160,00
TC - ARCOS COSTAIS	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) COTOVELO	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) COXO-FEMORAL	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) JOELHO	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) OMBRO/ ESTERNO-CLAVICULAR/ ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) PUNHO	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) SACRO-ILÍACAS	R\$ 160,00
TC - ARTICULAR (POR ARTICULACAO{por lado}) TORNOZELO	R\$ 160,00
TC - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 160,00
TC - BACIA	R\$ 220,00
TC - BRAÇO	R\$ 160,00
TC - CALCÂNEO	R\$ 160,00
TC - CLAVÍCULA	R\$ 160,00
TC - COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 50,00
TC - COLUNA: CERVICAL ATÉ 3 SEGMENTOS	R\$ 160,00
TC - COLUNA: DORSAL OU TORÁCICA ATÉ 3 SEGMENTOS	R\$ 160,00
TC - COLUNA: LOMBAR OU LOMBO-SACRA ATÉ 3 SEGMENTOS	R\$ 160,00
TC - COXA	R\$ 160,00
TC - CRANIO (ENCEFALO)	R\$ 160,00
TC - FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 160,00
TC - MANDIBULA OU MAXILAR	R\$ 160,00
TC - MAO (SEGMENTO APENDICULAR)	R\$ 160,00
TC - MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 160,00
TC - ORBITAS	R\$ 160,00
TC - OSSOS TEMPORAIS	R\$ 160,00
TC - OUVIDOS	R\$ 160,00
TC - PE (SEGMENTO APENDICULAR)	R\$ 160,00
TC - PELVE	R\$ 220,00
TC - PERNA (SEGMENTO APENDICULAR)	R\$ 160,00
TC - PESCOCO(PAR. MOLES, LARINGE,TIREOIDE, FARIN. E GLA. SALIVARES)	R\$ 160,00
TC - SELA TURSICA(HIPÓFISE)	R\$ 160,00
TC - TORAX	R\$ 160,00
TC - VIAS URINARIAS (UROTOMOGRAFIA)	R\$ 380,00
CONTRASTE	R\$ 100,00

ESP



<b>MEDICINA NUCLEAR</b>	<b>Proposta final</b>
ASPIRACAO PULMONAR	R\$ 225,00
CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATINA	R\$ 5.490,00
CINTILOGRAFIA COM HEMACIAS MARCADAS	R\$ 490,00
CINTILOGRAFIA COM LEUCOCITOS MARCADOS	R\$ 1.290,00
CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (I-131)	R\$ 380,00
CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	R\$ 240,00
CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDE	R\$ 383,72
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E BACO	R\$ 310,00
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 380,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO	R\$ 930,23
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETICULOENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 250,00
CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	R\$ 270,00
CINTILOGRAFIA OSSEA TRIFASICA	R\$ 370,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIAS DIGESTORIA ATIVAS	R\$ 350,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIAS DIGESTORIA NAO ATIVA	R\$ 540,00
CINTILOGRAFIA PARA DETERM.DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 270,00
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 245,00
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDOS)	R\$ 245,00
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	R\$ 245,00
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 260,00
CINTILOGRAFIA PERFUSAO CEREBRAL	R\$ 1.090,00
CINTILOGRAFIA PERFUSAO CEREBRAL COM TRODAT	R\$ 1.151,16
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)	R\$ 290,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	R\$ 290,00
CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA E QUALITATIVA) – DMSA	R\$ 260,00
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	R\$ 260,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 560,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DAS FISTULAS LIQUORICAS	R\$ 560,00
CISTOGRAFIA DIRETA	R\$ 255,00
CISTOGRAFIA INDIRETA	R\$ 255,00
DEMONSTRACAO DO SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO	R\$ 225,00
DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 90,00
DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 135,00
DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	R\$ 120,00
DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	R\$ 120,00
ESTUDO RENAL DINAMICO – DTPA	R\$ 250,00
FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO OU QUANTITATIVO)	R\$ 225,00
FLUXO SANGUINEO OSSEO	R\$ 105,00
LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 300,00
MIELOCINTILOGRAFIA	R\$ 380,00
VENTRICULOCINTILOGRAFIA	R\$ 380,00

EM

<b>ELETRONEUROMIOGRAFIA</b>	<b>Proposta final</b>
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 300,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 300,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	R\$ 500,00

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>Proposta final</b>
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 83,51

PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 129,33
BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 83,51
BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 168,64
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE M	R\$ 95,10
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 82,46
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 64,88
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 58,35
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 72,10
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 54,15
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 82,46
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 68,40
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 68,40
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDO VAGINAL)	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 54,44
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 109,25
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$ 109,25
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 180,50
ULTRASSONOGRRAFIA PARA DIALISE - Carater especial	R\$ 25,00

EBJ