

**2ª RETIFICAÇÃO DO EDITAL DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 04/2022 - CREDENCIAMENTO 04/2022**

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE VALE DO TELES PIRES**, pessoa jurídica de direito público, situado na Avenida Blumenau, Bairro Jardim Amazônia, Sorriso-MT, através da Comissão Permanente de Licitações, torna público para todos os interessados que o Edital de Inexigibilidade de Licitação nº 04/2022- Credenciamento 04/2022, que trata do **CREDENCIAMENTO** das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, para a realização de **CONSULTAS** e **EXAMES ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 15 (quinze) municípios integrantes do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires, de forma complementar da cobertura dos serviços prestados pelas redes Municipais de Saúde/Sistema Único de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, a pacientes encaminhados pelos Municípios, sofreu alterações no Anexo I – Termo de Referência, conforme quadro abaixo, devido à necessidade de aumento das quantidades estimadas no Termo de Referência para utilização pelos municípios e adequação de itens. Demais itens e condições do Edital permanecem inalterados. Os interessados poderão obter informações detalhadas no endereço supracitado, de segunda a sexta-feira, das 07:30 h as 12:00 h e das 13:00h às 17:30 h, com a Comissão Permanente de Licitações, e na Internet, site [www.consorciotedotelespires.com.br](http://www.consorciotedotelespires.com.br).

ITEM	SIGTAP	PROCEDIMENTO	Qtde ANTERIOR	QDTE atual	V. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
15		AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL BERA - NÃO INCLUI SEDAÇÃO	500	1.000	R\$ 350,00	R\$ 350.000,00
34	209010029	COLONOSCOPIA - COLOSCOPIA, COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO - INCLUI SEDAÇÃO	2.500	2.500	R\$ 760,00	R\$ 1.900.000,00
43	301010072	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGISTA / PROCTOLOGISTA	3.000	3.000	R\$ 140,00	R\$ 420.000,00
44	301010072	CONSULTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	6.000	6.000	R\$ 180,00	R\$ 1.080.000,00
50	301010072	CONSULTA COM NEUROPEDIATRA / NEUROLOGISTA PEDIATRICA	3.000	3.000	R\$ 350,00	R\$ 1.050.000,00
53	301010072	CONSULTA EM ORTOPEDIA	6.000	6.000	R\$ 140,00	R\$ 840.000,00
58	301010072	CONSULTA COM PSIQUIATRA	8.000	8.000	R\$ 215,00	R\$ 1.720.000,00
70	205010016	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	100	800	R\$ 440,00	R\$ 352.000,00
76	209010037	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - INCLUI	4.000	4.000	R\$ 380,00	R\$ 1.520.000,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

[www.consorciotedotelespires.com.br](http://www.consorciotedotelespires.com.br)

E-mail: [adm@consorciotedotelespires.com.br](mailto:adm@consorciotedotelespires.com.br)

CNPJ: 23.019.551/0001-00

		SEDAÇÃO				
115	204030137	RAIO X TORAX	10.000	12.000	R\$ 43,00	R\$ 516.000,00
134		SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA	2.500	6.000	R\$ 85,00	R\$ 510.000,00

**Fundamento Legal:** Regida pelas Leis Federais nº 8.666 de 21/06/93 (com alterações da Lei 8.883/94 e da Lei nº 9.648/98) e Lei nº 11.107 de 06 abril de 2005.

Sorriso/MT, 14 de setembro de 2023.

**Nilza Rufino Damasceno**  
Secretária

**Bruna Pereira**  
Presidente CPL

**Jaíne Guimarães Feitosa**  
Membro



## ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA (RETIFICADO)

**OBJETO: CREDENCIAMENTO** das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, para realização de **CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 15 (quinze) municípios integrantes do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires.

**1- REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:** Os serviços deverão ser executados mediante apresentação de requisição emitidas pelas Centrais de Regulação de cada município, sendo que os serviços serão executados conforme especificado na planilha abaixo, por um período de até 12 meses.

Obs.: As requisições deverão ser assinadas e carimbadas pelo responsável da Central de Regulação e/ou pelo secretário de Saúde do Município requisitante, acompanhado da APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial (para procedimentos ambulatoriais) ou AIH – Autorização de Internação Hospitalar (para procedimentos hospitalares) devidamente preenchida e codificada de acordo com a tabela de procedimentos disponíveis no Sistema *online* do Consórcio, sendo que nenhum pagamento será realizado para serviços executados sem a devida requisição original, bem como com a correta alimentação dos sistemas de registro pertinentes caso solicitado pelo Consórcio (CIHA/DSIA/SIHD).

OBS: O formulário de APAC e AIH são de responsabilidade de cada município.

**2-DO AGENDAMENTO:** Os serviços serão agendados pelos Municípios diretamente com os prestadores de Serviço Credenciados Via Sistema WEB.

### 3- DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E VALORES:

ITEM	SIGTAP	PROCEDIMENTO	COMPLEMENTO (caso não haja observar a tabela SIGTAP)	QDTE atual	V. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1		ANATOMO PATOLÓGICO		3.000	R\$ 150,00	R\$ 450.000,00
2		ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA MONOCULAR		500	R\$ 150,00	R\$ 75.000,00
3	210010061	ANGIOGRAFIA PULMONAR		50	R\$ 2.200,00	R\$ 110.000,00
4	210010142	ANGIOGRAFIA RENAL		50	R\$ 2.250,00	R\$ 112.500,00
5		ANGIO-RESSONÂNCIA ARTERIAL/VENOSA C/ CONTRASTE		300	R\$ 1.050,00	R\$ 315.000,00
6		ANGIO-TOMOGRAFIA C/ OU SEM CONTRASTE		1.000	R\$ 630,00	R\$ 630.000,00
7	210010053	AORTOGRAFIA TORÁCICA		30	R\$ 1.900,00	R\$ 57.000,00
8		APLICAÇÃO DE CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGEM (RM E TOMO)		10.000	R\$ 125,00	R\$ 1.250.000,00
9	210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO		150	R\$ 2.050,00	R\$ 307.500,00
10	210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS (MMII)		150	R\$ 2.450,00	R\$ 367.500,00
11	210010070	ARTERIOGRAFIA DE MMII OU MMSS E AORTOGRAFIA		100	R\$ 2.450,00	R\$ 245.000,00
12	210010142	ARTERIOGRAFIA MESENTÉRICA		50	R\$ 2.200,00	R\$ 110.000,00
13	210010061	ARTERIOGRAFIA PULMONAR		30	R\$ 2.350,00	R\$ 70.500,00
14	211070033	AUDIOMETRIA		500	R\$ 80,00	R\$ 40.000,00
15		AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL BERA - NÃO INCLUI SEDAÇÃO		1.000	R\$ 350,00	R\$ 350.000,00
16	211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA) BILATERAL		200	R\$ 70,00	R\$ 14.000,00
17	211090018	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA		1.000	R\$ 450,00	R\$ 450.000,00
18	201010666	BIOPSIA DE COLO ÚTERO	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. <b>Inclui laudo</b> do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	30	R\$ 650,00	R\$ 19.500,00
19	201010194	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	Retirada de fragmentos de tecidos realizados na hipofaringe, orofaringe e nasofaringe, para exame histopatológico. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	200	R\$ 385,00	R\$ 77.000,00
20	201010216	BIOPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para	100	R\$ 2.200,00	R\$ 220.000,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciodevaletelespires.com.br

E-mail: adm@consorciodevaletelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

			posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.			
21	201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	200	R\$ 420,00	R\$ 84.000,00
22	201010410	BIOPSIA DE PRÓSTATA	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	500	R\$ 1.580,00	R\$ 790.000,00
23	201010470	BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	1.000	R\$ 720,00	R\$ 720.000,00
24	201010542	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X		200	R\$ 485,00	R\$ 97.000,00
25	201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	150	R\$ 1.650,00	R\$ 247.500,00
26	201010020	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	Procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	100	R\$ 385,00	R\$ 38.500,00
27	201010518	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA		50	R\$ 260,00	R\$ 13.000,00
28	209040017	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)		500	R\$ 180,00	R\$ 90.000,00
29	211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICOS		500	R\$ 160,00	R\$ 80.000,00
30	211020010	CATETERISMO CARDÍACO	INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24	2.000	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000.000,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciotedotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciotedotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

			(VINTE E QUATRO) HORAS			
31		CATETERISMO COM ULTRASSOM INTRACORONÁRIO - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS		50	R\$ 9.800,00	R\$ 490.000,00
32	209020016	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA		200	R\$ 210,00	R\$ 42.000,00
33	209010010	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA VIA ENDOSCÓPICA	Consiste em uma técnica endoscópica complexa na qual um endoscópio de visualização lateral é guiado para o duodeno, permitindo a passagem de instrumentos para os ductos biliares, os quais são opacificados pela injeção de um meio de contraste, permitindo a visualização radiológica e uma variedade de intervenções terapêuticas, no caso, para o tratamento da coledocolitíase e icterícia obstrutiva. Embora tenha como benefício o manejo minimamente invasivo dos distúrbios biliares, deve ser realizada para indicações bem aceitas em pacientes elegíveis por endoscopistas treinados por meio de técnicas padrão, com consentimento informado e esclarecido e comunicação bem documentada ao paciente antes e após o procedimento. Inclui material necessário ao tratamento da coledocolitíase ou de outras causas de obstrução de vias biliares.	300	R\$ 790,00	R\$ 237.000,00
34	209010029	COLONOSCOPIA - COLOSCOPIA, COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO - INCLUI SEDAÇÃO		2.500	R\$ 760,00	R\$ 1.900.000,00
35	211040029	COLPOSCOPIA (COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO)		400	R\$ 134,00	R\$ 53.600,00
36	301010072	CONSULTA / AVALIAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA		1.000	R\$ 130,00	R\$ 130.000,00
37	301010072	CONSULTA EM ALERGOLOGIA		500	R\$ 120,00	R\$ 60.000,00
38	301010048	CONSULTA EM BUCOMAXILOFACIAL		1.000	R\$ 110,00	R\$ 110.000,00
39	301010072	CONSULTA EM CARDIOLOGIA		10.000	R\$ 135,00	R\$ 1.350.000,00
40	301010072	CONSULTA EM DERMATOLOGIA		4.000	R\$ 120,00	R\$ 480.000,00
41	301010072	CONSULTA EM ENDÓCRINOLOGIA / METABOLOGIA		11.000	R\$ 120,00	R\$ 1.320.000,00
42	301010048	CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA		4.000	R\$ 108,00	R\$ 432.000,00
43	301010072	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGISTA / PROCTOLOGISTA		3.000	R\$ 140,00	R\$ 420.000,00
44	301010072	CONSULTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA		6.000	R\$ 180,00	R\$ 1.080.000,00
45	301010072	CONSULTA EM HEMATOLOGIA		1.000	R\$ 140,00	R\$ 140.000,00
46	301010072	CONSULTA EM INFECTOLOGISTA/IMUNOLOGISTA		2.000	R\$ 120,00	R\$ 240.000,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciodevaldetelespires.com.br

E-mail: adm@consorciodevaldetelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

47	301010072	CONSULTA EM MASTOLOGIA		2.000	R\$ 140,00	R\$ 280.000,00
48	301010072	CONSULTA EM NEFROLOGIA		1.500	R\$ 150,00	R\$ 225.000,00
49	301010072	CONSULTA COM NEUROLOGISTA	Exige RQE	10.000	R\$ 130,00	R\$ 1.300.000,00
50	301010072	CONSULTA COM NEUROPEDIATRA / NEUROLOGISTA PEDIATRICA	Exige RQE	3.000	R\$ 350,00	R\$ 1.050.000,00
51	301010072	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		9.000	R\$ 95,00	R\$ 855.000,00
52	301010072	CONSULTA EM ONCOLOGIA		2.000	R\$ 120,00	R\$ 240.000,00
53	301010072	CONSULTA EM ORTOPIEDIA		6.000	R\$ 140,00	R\$ 840.000,00
54	301010072	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA		7.000	R\$ 120,00	R\$ 840.000,00
55	301010072	CONSULTA EM PEDIATRIA		3.000	R\$ 135,00	R\$ 405.000,00
56	301010072	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA		2.000	R\$ 140,00	R\$ 280.000,00
57	301010048	CONSULTA EM PSICOLOGIA		4.000	R\$ 108,00	R\$ 432.000,00
58	301010072	CONSULTA COM PSIQUIATRA	Exige RQE	8.000	R\$ 215,00	R\$ 1.720.000,00
59	301010072	CONSULTA EM REUMATOLOGIA		8.000	R\$ 140,00	R\$ 1.120.000,00
60	301010072	CONSULTA EM UROLOGIA		10.000	R\$ 120,00	R\$ 1.200.000,00
61	301010072	CONSULTA EM VASCULAR		5.000	R\$ 120,00	R\$ 600.000,00
62	301010072	CONSULTA PRÉ CIRÚRGICA - GERAL OU COM ANESTESISTA	Cirurgia neurológica: crânio e coluna; Cirurgia oftalmológica; Cirurgia otorrinolaringológica; Cirurgia de cabeça e pescoço; Cirurgia cardíaca; Cirurgia torácica; Cirurgia do aparelho digestivo; Cirurgia vascular; Cirurgia ortopédica; Cirurgia urológica; Cirurgia ginecológica; Cirurgia obstétrica; Cirurgia oncológica; Cirurgia plástica; Cirurgia reconstrutiva.	12.000	R\$ 120,00	R\$ 1.440.000,00
63	211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)		200	R\$ 65,00	R\$ 13.000,00
64	204060028	DENSITOMETRIA (2 SEGUIMENTO)	Identificar no encaminhamento qual seguimento	1.000	R\$ 210,00	R\$ 210.000,00
65		DENSITOMETRIA ÓSSEA (CORPO INTEIRO) -AVALIAÇÃO DE MASSA ÓSSEA OU COMPOSIÇÃO CORPORAL		200	R\$ 315,00	R\$ 63.000,00
66	205010016	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE		200	R\$ 510,00	R\$ 102.000,00
67	205010024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA		200	R\$ 575,00	R\$ 115.000,00
68	205010016	ECOCARDIOGRAMA		7.000	R\$ 190,00	R\$ 1.330.000,00
69	205010016	ECOCARDIOGRAMA FETAL		100	R\$ 440,00	R\$ 44.000,00
70	205010016	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL		800	R\$ 440,00	R\$ 352.000,00
71	205010032	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	-	1	R\$ 588,00	R\$ 588,00
72	211020036	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO		6.000	R\$ 80,00	R\$ 480.000,00
73	211050032	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO EEG CRIANÇAS OU PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		500	R\$ 254,00	R\$ 127.000,00
74	211050059	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO EEG		2.500	R\$ 145,00	R\$ 362.500,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciodevaldetelespires.com.br

E-mail: adm@consorciodevaldetelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

		COM LAUDO			
75	211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) COM LAUDO (POR MEMBRO)		2.000	R\$ 175,00 R\$ 350.000,00
76	209010037	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - INCLUI SEDAÇÃO		4.000	R\$ 380,00 R\$ 1.520.000,00
77		ESCANOMETRIA - POR INCIDÊNCIA	Obrigatório constar no encaminhamento quais incidências que devem ser realizadas	300	R\$ 43,00 R\$ 12.900,00
78	211080055	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR COM LAUDO		1.500	R\$ 166,00 R\$ 249.000,00
79	203020073	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA		100	R\$ 198,00 R\$ 19.800,00
80	203020022	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA		100	R\$ 182,00 R\$ 18.200,00
81	203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)		100	R\$ 101,00 R\$ 10.100,00
82	203010043	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA		100	R\$ 95,00 R\$ 9.500,00
83	211070203	IMITANCIOMETRIA - BILATERAL		500	R\$ 85,00 R\$ 42.500,00
84	201010542	LAUDO PARA RAIOS - X		4.000	R\$ 28,00 R\$ 112.000,00
85	211070211	LOGOaudiometria LDV-IRF-LRF - BILATERAL		500	R\$ 84,50 R\$ 42.250,00
86	204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL		3.500	R\$ 128,00 R\$ 448.000,00
87	211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS		2.000	R\$ 180,00 R\$ 360.000,00
88	211020005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE 100 ARTERIAL M.A.P.A.	Inclui pilhas, se necessário	1.000	R\$ 180,00 R\$ 180.000,00
89	211010030	OSCILOMETRIA		100	R\$ 95,00 R\$ 9.500,00
90	205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA		300	R\$ 78,00 R\$ 23.400,00
91	211070254	PESQUISA DE PARES CRANIANOS		100	R\$ 56,00 R\$ 5.600,00
92		PESQUISA DO NISTAGMO OPTOCINÉTICO		100	R\$ 78,00 R\$ 7.800,00
93		PESQUISA DO NISTAGMO PENDULAR		100	R\$ 78,00 R\$ 7.800,00
94	201010585	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	Procedimento indicado não só para as displasias, mas principalmente na suspeita de neoplasia maligna e para diagnóstico de neoplasia benigna. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe. Inclui anestesia, se necessário.	200	R\$ 508,00 R\$ 101.600,00
95	201010607	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	Procedimento ambulatorial sob anestesia local, indicado para diagnóstico de lesão mamária impalpável ou palpável, com mais de 2 cm, com suspeita de malignidade que utiliza agulha grossa, específica, descartável, acoplada a pistola dedicada a esta finalidade e fornece fragmentos tissulares (04 no mínimo) para exame de	400	R\$ 830,00 R\$ 332.000,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

[www.consorciovaledotelespires.com.br](http://www.consorciovaledotelespires.com.br)

E-mail: [adm@consorciovaledotelespires.com.br](mailto:adm@consorciovaledotelespires.com.br)

CNPJ: 23.019.551/0001-00

			histopatológico. Inclui anestesia local. Inclui laudo do exame por profissional devidamente habilitado e com registro em conselho de classe.			
96	204040051	RAIO X BRAÇO / UMEMO		500	R\$ 43,00	R\$ 21.500,00
97	204010080	RAIO X CABEÇA	Identificar qual seguimento: Crânio, Cavum; Órbitas; Mastóides; Maxilar; Ossos da face; Seios da face; ou Periapical.	2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
98	204020034	RAIO X COLUNA CERVICAL		1.500	R\$ 43,00	R\$ 64.500,00
99	204020077	RAIO X COLUNA LOMBAR / LOMBO-SACRA		5.000	R\$ 43,00	R\$ 215.000,00
100	204020093	RAIO X COLUNA TORACICA OU DORSAL		2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
101	204040078	RAIO X COTOVELO		1.000	R\$ 43,00	R\$ 43.000,00
102	204060117	RAIO X COXA OU FEMUR		1.000	R\$ 43,00	R\$ 43.000,00
103	204050138	RAIO X DE ABDOMEN E PELVE		500	R\$ 43,00	R\$ 21.500,00
104	204040019	RAIO X DE ANTEBRAÇO / RADIO/ ULNA		1.000	R\$ 43,00	R\$ 43.000,00
105	204060141	RAIO X DE JOELHO		3.500	R\$ 43,00	R\$ 150.500,00
106	204060150	RAIO X DE PE /DEDOS DO PE		3.500	R\$ 43,00	R\$ 150.500,00
107	204060168	RAIO X DE PERNA (TIBIA OU FIBULA)		2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
108	204040094	RAIO X MÃO / DEDOS DA MÃO		2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
109	204040108	RAIO X MÃO E PUNHO PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA		1.000	R\$ 43,00	R\$ 43.000,00
110	204060095	RAIO X MEMBROS INFERIORES / BACIA		3.000	R\$ 43,00	R\$ 129.000,00
111	204040116	RAIO X MEMBROS SUPERIORES /ESCAPULA /OMBRO		2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
112		RAIO X PESCOÇO		500	R\$ 43,00	R\$ 21.500,00
113	204040124	RAIO X PUNHO / OSSOS DO PUNHO		2.000	R\$ 43,00	R\$ 86.000,00
114	204020123	RAIO X SACRO-COCCIGEA		500	R\$ 43,00	R\$ 21.500,00
115	204030137	RAIO X TORAX		12.000	R\$ 43,00	R\$ 516.000,00
116	207030014	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR		1.000	R\$ 525,00	R\$ 525.000,00
117	207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		500	R\$ 525,00	R\$ 262.500,00
118	207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE /ABDOMEN INFERIOR		1.000	R\$ 525,00	R\$ 525.000,00
119	207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL / PESCOÇO		1.000	R\$ 525,00	R\$ 525.000,00
120	207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA		1.500	R\$ 525,00	R\$ 787.500,00
121	207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA		1.000	R\$ 525,00	R\$ 525.000,00
122	207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE		200	R\$ 1.800,00	R\$ 360.000,00
123	207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO		650	R\$ 525,00	R\$ 341.250,00
124		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS		400	R\$ 525,00	R\$ 210.000,00
125	207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL		1.200	R\$ 525,00	R\$ 630.000,00
126	207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL		800	R\$ 525,00	R\$ 420.000,00
127	207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA		300	R\$ 525,00	R\$ 157.500,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciodevaletelespires.com.br

E-mail: adm@consorciodevaletelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

128	207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX		800	R\$ 525,00	R\$ 420.000,00
129	207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA		400	R\$ 525,00	R\$ 210.000,00
130	211060186	RETINOGRRAFIA/ANGIOFLUORESCINOGRRAFIA BILATERAL		500	R\$ 180,00	R\$ 90.000,00
131	209010053	RETOSSIGMOIDOSCOPIA (COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO)		300	R\$ 310,00	R\$ 93.000,00
132	417010060	SEDAÇÃO - COM ANESTESISTA		2.000	R\$ 450,00	R\$ 900.000,00
133		SERIOGRAFIA	Raio-X de Esôfago, Estômago e Duodeno-Seed	500	R\$ 42,00	R\$ 21.000,00
134		SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA		6.000	R\$ 85,00	R\$ 510.000,00
135		SESSÕES DE PSICOLIGIA		1.000	R\$ 85,00	R\$ 85.000,00
136	211070149	TESTE DA ORELHINHA		1.000	R\$ 90,00	R\$ 90.000,00
137	211020060	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO		3.500	R\$ 140,00	R\$ 490.000,00
138	211060283	TOMOGRRAFIA COERÊNCIA ÓPTICA		300	R\$ 280,00	R\$ 84.000,00
139	206030010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR		1.300	R\$ 270,00	R\$ 351.000,00
140	206030029	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR		800	R\$ 270,00	R\$ 216.000,00
141	206020015	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR		800	R\$ 285,00	R\$ 228.000,00
142	206010010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		800	R\$ 325,00	R\$ 260.000,00
143	206010028	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE		800	R\$ 325,00	R\$ 260.000,00
144	206010036	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE		800	R\$ 325,00	R\$ 260.000,00
145	206010079	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO		1.500	R\$ 260,00	R\$ 390.000,00
146	206010044	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE /ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES		200	R\$ 260,00	R\$ 52.000,00
147	206010044	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA		200	R\$ 260,00	R\$ 52.000,00
148		TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/ORELHAS/ORBITAS		200	R\$ 260,00	R\$ 52.000,00
149	206030037	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA/ ABDOMEN INFERIOR		1.200	R\$ 270,00	R\$ 324.000,00
150	206020023	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES- BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ		300	R\$ 260,00	R\$ 78.000,00
151	206010060	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA		300	R\$ 260,00	R\$ 78.000,00
152	206020031	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX		8.000	R\$ 260,00	R\$ 2.080.000,00
153	206010052	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO		300	R\$ 260,00	R\$ 78.000,00
154	206020040	TOMOGRRAFIA HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO		300	R\$ 260,00	R\$ 78.000,00
155	211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea		500	R\$ 127,00	R\$ 63.500,00



**VALE DO TELES PIRES**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

**Fone: (66) 3544-3358**

www.consorciodevaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciodevaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

156	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	500	R\$ 187,00	R\$ 93.500,00
157	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500	R\$ 187,00	R\$ 93.500,00
158	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO MID E MIE	500	R\$ 341,00	R\$ 170.500,00
159	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	1.000	R\$ 187,00	R\$ 187.000,00
160	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	1.000	R\$ 187,00	R\$ 187.000,00
161	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO MID E MIE	1.800	R\$ 341,00	R\$ 613.800,00
162	205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR - INCLUI FIGADO VIAS BILIARES/VESÍCULA/PANCREA E BAÇO	1.000	R\$ 95,00	R\$ 95.000,00
163	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR - BEXIGA/ÚTERO/OVÁRIO E ANEXOS/PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	500	R\$ 95,00	R\$ 47.500,00
164	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - INCLUI ABDOMEM SUPERIOR, ABDOMEM INFERIOR E RINS/BEXIGA/AORTA/VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS	4.500	R\$ 160,00	R\$ 720.000,00
165	205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	3.500	R\$ 115,00	R\$ 402.500,00
166	205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO POR ARTICULAÇÃO	3.500	R\$ 85,00	R\$ 297.500,00
167	205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL UNILATERAL / BILATERAL	1.000	R\$ 108,00	R\$ 108.000,00
168	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DE CARÓTIDA COM DOPPLER	1.000	R\$ 180,00	R\$ 180.000,00
169	205020089	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) UNILATERAL/ BILATERAL	500	R\$ 148,00	R\$ 74.000,00
170	205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	500	R\$ 121,00	R\$ 60.500,00
171	205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	1.000	R\$ 108,00	R\$ 108.000,00
172	205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	1.000	R\$ 108,00	R\$ 108.000,00
173	205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	300	R\$ 145,00	R\$ 43.500,00
174	205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	2.000	R\$ 108,00	R\$ 216.000,00
175		ULTRASSONOGRRAFIA NÓDULOS/PARTES MOLES POR PACIENTE	1.500	R\$ 108,00	R\$ 162.000,00
176	205010059	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA - POR FETO	8.000	R\$ 120,00	R\$ 960.000,00
177	205020151	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO - POR QUANTIDADE DE FETO	3.000	R\$ 135,00	R\$ 405.000,00
178	205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA - POR FETO	2.500	R\$ 172,00	R\$ 430.000,00
179	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA PAREDE ABDOMINAL	1.200	R\$ 108,00	R\$ 129.600,00
180	205020127	ULTRASSONOGRRAFIA PARÓTIDAS UNILATERAL / BILATERAL	200	R\$ 114,00	R\$ 22.800,00
181	205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA	500	R\$ 114,00	R\$ 57.000,00

182	205020127	ULTRASSONOGRRAFIA PESCOÇO/CERVICAL		500	R\$ 114,00	R\$ 57.000,00
183	205020160	ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO INGUINAL UNILATERAL / BILATERAL		500	R\$ 114,00	R\$ 57.000,00
184	205010040	ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE C/ DOPPLER		1.000	R\$ 135,00	R\$ 135.000,00
185	205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA		500	R\$ 135,00	R\$ 67.500,00
186	205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL		4.000	R\$ 114,00	R\$ 456.000,00
187	205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL / PÉLVICO C/ DOPPLER		400	R\$ 135,00	R\$ 54.000,00
188	204050170	URETROCISTOGRAFIA		400	R\$ 95,00	R\$ 38.000,00
189	204050189	UROGRAFIA VENOSA		200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
190	206030037	UROTOMOGRRAFIA		1.200	R\$ 570,00	R\$ 684.000,00
191	209040041	VIDEOLARINGOSCOPIA / VIDEONASOLARINGOSCOPIA		3.000	R\$ 197,00	R\$ 591.000,00
					<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 64.116.588,00</b>

**OBS. Os serviços deverão ser executados nas clínicas ou hospitais particulares e nos ambulatórios dos Credenciados. Deverão ser executados obrigatoriamente em um dos municípios participantes do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires, municípios limítrofes, e/ou na capital do Estado.**

#### **4. AS CREDENCIADAS DEVERÃO ATENDER OS SEGUINTE REQUISITOS:**

- a) O número de pacientes, poderá variar de acordo com o quadro de usuários dos serviços de saúde pública dos municípios, sem qualquer alteração de preço estipulado no credenciamento.
- b) A credenciada deverá ofertar os procedimentos elencados neste termo de referência de acordo com sua especialidade e habilitação técnica nos termos do Edital.
- c) Todas as despesas com medicação, materiais descartáveis, hotelaria, taxas de sala, instrumentação, diária de internação, materiais de consumo, OPME, profissionais necessários e outras despesas que surgirem para a realização dos procedimentos, serão por conta da empresa credenciada, não podendo ser cobrados a parte.
- d) Em relação aos serviços de procedimentos Cirúrgicos, está incluso no valor dos procedimentos acima **UMA (01) CONSULTA DE RETORNO** necessário para o paciente, que deverá ser agendada até o prazo máximo de 30 dias após a realização do procedimento.

e) Caso seja necessário o encaminhamento de paciente para UTI, deverá ser providenciada pela credenciada a regulação para a rede SUS, sendo a despesa de transporte do usuário por conta do município de origem do paciente.

### 5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA REQUERIDA:

As empresas interessadas em participar do credenciamento/contratação deverão ter os seguintes requisitos técnicos os quais serão aferidos através do Cadastro Ativo do Fornecedor conforme estabelecido neste Edital:

**a) CNES CONSULTÓRIO OU CLÍNICA:** Ficha do Estabelecimento CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, atualizado para atendimento SUS, devendo constar:

- Equipamentos compatíveis com os serviços pretendidos, para atendimento SUS;
- Serviços/classificação compatível com os requisitos da Tabela SIGTAP/SUS conforme códigos dos procedimentos pretendidos;
- Profissionais médicos cadastrados com CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) compatível com os procedimentos pretendidos.

**b) CRM/MT DA PESSOA JURÍDICA:** Comprovante de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica Junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso-MT.

**c) ESPECIALIDADE MÉDICA PARA OS SERVIÇOS PRETENDIDOS,** comprovada através do **Cadastro de Profissionais**, um dos seguintes documentos previamente anexados por meio da ferramenta de Upload: Título de Especialista do profissional, expedido pela AMB - Associação Médica Brasileira na especialidade pretendida; Certificado de Residência Médica na especialidade pretendida; Área de Atuação com especialização *latu sensu* na especialidade pretendida, com certificação reconhecida pelo MEC - Ministério da Educação; Certidão atualizada de Registro de Qualificação de Especialidade – RQE, emitido pelo órgão competente.

**d)** Comprovante de inscrição e regularidade no Conselho Regional de Medicina dos profissionais médicos.

**e)** Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutico no Hospital Vinculados no CNES quando for serviços de terceiros.

**f)** Registro de Qualificação de Especialidade – RQE (*obrigatório para profissional que executar os atendimentos nos serviços em que constar como exigência no descritivo ou complemento do item no Termo de Referência*).

Este termo de referência foi elaborado pelas servidoras Solimara Ligia Moura – Secretária Executiva, Angélica Tamara dos Santos – Gerente Administrativa, e Nilza Rufino Damasceno - Coordenadora de Credenciamentos, onde utilizou-se como referência de valores os preços de pesquisa de mercado, valores constantes em outros credenciamentos anteriores com atualização monetária moderada, e após ponderação e aprovação em reunião com o Conselho de Secretários Municipais, conforme ata em anexo.

Sorriso/MT, 14 de setembro de 2023.

**Solimara Ligia Moura**

Secretária Executiva

Port. 001/2015

**Angélica Tamara dos Santos**

Gerente Administrativa

Port. 019/2022

**Nilza Rufino Damasceno**

Coordenadora de Credenciamentos

Port. 012/2022