

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

**CONTRATO ADMINISTRATIVO N.º 003/2019/SMS**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO DE  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO  
AMBULATÓRIO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA;**

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, localizado na Avenida Goiás, 1.825, inscrito no CNPJ sob o nº 11.441.605/0001-34, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, Srª **MARINALVA SOARES DA SILVA**, brasileira, divorciada, pecuarista, portadora do RG Nº. 2234375 SSP/PA e no CPF/MF Nº: 328.337.842-87, residente e domiciliado na Rua Alagoas, S/n; Setor Cooperlândia, Ourilândia do Norte - PA, denominada **CONTRATANTE** resolve celebrar o presente contrato de Prestação de Serviços com a empresa **HOSPITAL SANTA LÚCIA LTDA**, com sede na Avenida das Nações, nº 1736, Centro, nesta cidade de Ourilândia do Norte - Pará, inscrito no CNPJ sob o nº 14.127.104/0001-76, sob a responsabilidade técnica da diretora clínica, **Dra. MARCIA HELENA CASANOVA PEREIRA VELOSO**, brasileira, divorciada, médica, portadora da carteira de identidade nº 1351708 3ª via PC/PA, CIC nº 134.895.852-91 **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe no Art. 25; Inciso I, lei 8.666/93.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente contrato tem como objeto a prestação de **SERVIÇOS DE SAÚDE AMBULATORIAL COMPREENDENDO PROCEDIMENTOS DE BAIXA E MEDIA COMPLEXIDADE CONSTANTE NA TABELA DIFERENCIADA EM ANEXO**, pelo **CONTRATADO**, integrante da rede privada de serviços de saúde localizada no Município de Ourilândia do Norte - Pará, de **FORMA COMPLEMENTAR AOS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**, conforme o disposto nas cláusulas seguintes e com o discriminado na Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra e Tabela de Preços anexos, elaborados a partir de valores regionais de oferta de serviços de saúde, tomando-se como base o menor valor de mercado e adequadas e à necessidade local e à programação física – orçamentária do **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

Os serviços ora **CONTRATADOS**, referidos na Cláusula Primeira serão executados pelo **CONTRATADO**, com sede à Av. das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte - PA, com Alvará de Licença de Funcionamento expedida pela Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte - Pa, sob o n.º 0081/2018 e sob a responsabilidade técnica da diretora clínica, **Dra. MARCIA HELENA CASANOVA PEREIRA VELOSO**, brasileira, divorciada, médica, portadora da carteira de identidade

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

nº 1351708 3ª via PC/PA, CIC nº 134.895.852-91 com sede à Av. das Nações, n.º 1736 – Centro – Ourilândia do Norte – PA.

§ 1º - A eventual mudança de endereço do estabelecimento do CONTRATADO deverá ser imediatamente comunicada ao **CONTRATANTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do contrato e, até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico, também será comunicada ao **CONTRATANTE**, bem como as alterações cadastrais que impliquem mudanças nos valores contratados.

§ 2º - Os serviços executados pelo **CONTRATADO** deverão atender as necessidades do **CONTRATANTE**, que encaminhará os usuários do SUS/ON, em consonância com a planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra e obedecerá ao seguinte fluxo:

I – A Assistência ambulatorial compreende: consultas, procedimentos médicos, pequenas cirurgias, assistência prestada por pessoal de enfermagem, serviços auxiliares de diagnose e terapia e outros especificados em Planilha anexa.

II – Todas as consultas e serviços auxiliares de diagnose e terapia previstos neste Contrato, deverão estar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte – Pará.

III – Os encaminhamentos para as consultas e os serviços auxiliares de diagnose e terapia serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo normas expedidas pelo **CONTRATANTE**, dentro dos limites estabelecidos por este, de acordo com a Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra.

IV – Os casos de urgência e emergência serão autorizados, segundo limite fixado pelo **CONTRATANTE**, pela Secretaria Municipal de Saúde, salvo casos de impossibilidade técnica ou operacional quando será facultado o atendimento direto pelo **CONTRATADO**, também segundo limite fixado pelo **CONTRATANTE**. Nas situações de urgência ou de emergência o médico responsável pelos serviços ambulatoriais do contratado procederá ao exame do paciente e avaliará a necessidade do atendimento.

V – O **CONTRATANTE** estabelecerá normas para definir o fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de exames subsequentes, o local de revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários ao ágil relacionamento com o **CONTRATADO** e a satisfação do usuário do SUS/ON.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – NORMAS GERAIS E DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado e por profissionais que, não estando incluídos nas categorias referidas nos incisos I, II e III do § 1º desta cláusula, são admitidos nas dependências do contratado para prestar serviços decorrentes de contrato celebrado, em separado, com o **CONTRATANTE**.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

§ 1º - Para os efeitos deste contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento CONTRATADO:

- I – O membro do seu corpo clínico;
- II – O profissional que tenha vínculo empregatício com o CONTRATADO;
- III – O profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, presta serviços ao CONTRATADO.
- IV – O profissional autônomo autorizado pelo CONTRATADO a exercer a profissão nas suas dependências.

§ 2º - Equipara-se ao profissional autônomo, definido nos incisos III e IV do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

I – é vedada a cobrança por serviços médicos, as doações em dinheiro ou o fornecimento de material ou medicamento para serviços auxiliares de diagnose e terapia a nível ambulatorial, que estejam incluídos na Planilha em anexo, por pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

II – o CONTRATADO responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

§ 3º - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercido pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste contrato, as partes reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1.990 e do Decreto Federal nº 1.651 de 28 de setembro de 1.995.

§ 4º - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a contratação e utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os vencimentos e os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE.

§ 5º - O CONTRATADO fica obrigado a informar, semanalmente, a quantidade de procedimentos ambulatoriais e de serviços auxiliares de diagnose e terapia realizados, autorizados nos termos deste contrato, bem como a fonte de encaminhamento.

§ 6º - O CONTRATADO exime-se da responsabilidade pelo não atendimento de paciente amparado pelo SUS/ON, na hipótese de atraso de 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo poder público, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna e/ou as situações de urgência ou emergência.

§ 7º - O CONTRATADO se obriga ainda a:

- I – manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

II – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

III – atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, considerando os critérios da equidade e mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

IV – afixar aviso, em local visível, de sua condição de Entidade Prestadora de Serviços de Saúde Ambulatorial, de SADT – Serviços auxiliares de Diagnose e Terapia, contratada de forma complementar aos serviços públicos do contratante, atendendo os procedimentos constantes na Planilha de Discriminação dos Procedimentos Programados para Compra, dentro dos limites estipulados neste Contrato.

V – admitir, em suas dependências, para realizar atos profissionais com utilização da infraestrutura hospitalar, desde que respeitadas as exigências contidas no regimento do corpo clínico, o profissional autônomo contratado diretamente pelo CONTRATANTE.

VI – justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional necessário a realização dos procedimentos previstos neste contrato.

VII – permitir a visita do paciente em observação, respeitando-se a rotina do serviço.

VIII – esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

IX – respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar, por escrito, a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

X – garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.

XI – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Infecção Hospitalar, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Ética Médica, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XIII – Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Óbito, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XIV - Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Relatório Mensal da Comissão de Prontuário, conforme data limite estabelecida pela SMS.

XV – Notificar o CONTRATANTE, situado na jurisdição do CONTRATADO, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO**

O CONTRATADO fica responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde e a terceiros a eles vinculados, que sejam decorrentes de falta de infraestrutura física do hospital; equipamentos danificados; escassez e/ou inexistência de materiais, medicamentos e insumos essenciais ao cumprimento do objeto deste contrato; falta de recursos humanos

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

necessários à execução dos serviços ora contratados; danos causados pela inexistência ou irregularidade das comissões necessárias; e outros problemas que caracterizem falta de estrutura e organização do hospital.

§ 1º - A fiscalização ou acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes da SMS, não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - A responsabilidade de que trata essa cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do artigo 14 da Lei 8.078 de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

### CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste contrato ficam vinculados às receitas do Fundo Municipal de Saúde, previstas no Orçamento Municipal e às transferências de recursos do Ministério da Saúde.

Os recursos necessários para execução das atividades ambulatoriais, consignadas no Fundo Municipal de Saúde de Ourilândia do Norte são provenientes de transferências federais, estaduais e municipais mensais.

§ 1º - Os recursos necessários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no objeto do presente contrato terão a seguinte classificação orçamentária:

**10.302.0003.2071.000 – ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.**

**33.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA.**

### CLÁUSULA SEXTA – DO PREÇO

O CONTRATANTE pagará, mensalmente, ao CONTRATADO, pelos serviços efetivamente prestados, a soma dos valores unitários de cada procedimento autorizado, conforme Tabela Diferenciada Municipal em anexo.

§ 1º - O valor total estimado do presente Contrato é de, **R\$1.681.121,51 (Hum milhão, seiscentos e oitenta e um mil, cento e vinte e um reais e cinquenta e um centavos)**, pagável em 12 (doze) parcelas mensais no valor da apuração medida pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante apresentação de fatura válida e aceita na tesouraria da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º - De acordo com a capacidade operacional do CONTRATADO, as necessidades do CONTRATANTE e ainda considerando alterações no valor médio da

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

AIH e Tabela Unificada do SUS, o valor total estimado para este contrato poderá sofrer variação de até 25% (vinte e cinco por cento) sobre a média estipulada.

§ 3º - Alterações contratuais com acréscimos ou decréscimos maiores que os estabelecidos no parágrafo anterior, somente serão justificados mediante a comprovação de variações maiores que este percentual no teto hospitalar do município, fixado periodicamente pelo instrumento da Programação Pactuada Integrada Estadual-PPI.

§ 4º - O CONTRATANTE se obriga a pagar exclusivamente os serviços por ele autorizados, não incorrendo em qualquer pagamento a não utilização plena dos serviços contratados;

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA REVISÃO DE PREÇO**

Os valores estipulados serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantido sempre o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90 e nos termos da lei federal de licitações e contratos administrativos.

**Parágrafo único** - A revisão da Tabela Unificada do SUS independerá de Termo Aditivo, sendo necessário anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores, com a data da publicação do D.O.U.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

A apresentação das contas e as condições de pagamento serão feitas conforme o disposto abaixo:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao CONTRATANTE, até o dia 15 de cada mês, os laudos da competência vigente, em duas vias de igual forma e teor, devidamente aprovados pelo supervisor/auditor do SUS/ON, e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, para apreciação do setor de controle, avaliação e auditoria e posterior emissão de AIH's pelo CONTRATANTE, que devolverá ao CONTRATADO as 1<sup>as</sup> vias dos laudos, bem como as 1<sup>as</sup> vias das respectivas AIH's.

II - O CONTRATANTE terá o prazo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da data limite de apresentação dos laudos para efetuar o pagamento ao CONTRATADO.

III – Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente checados pelos órgãos competentes do SUS/ON.

IV – Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será entregue ao CONTRATADO recibo datado e assinado ou rubricado pelo servidor do CONTRATANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional, referente ao número de laudos entregues (classificados por clínica).

V – Os laudos rejeitados por falhas no preenchimento que não venham a afetar o mérito da internação e da cobrança serão imediatamente devolvidos ao CONTRATADO para as correções cabíveis que deverão ocorrer no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

correspondente documento original devidamente inutilizado, salvo nos casos em que não for necessário a inutilização do original.

VI – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do contratante, este garantirá ao CONTRATADO o pagamento, no prazo avençado nesse contrato, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças, quando houver, no pagamento seguinte.

VII – As contas hospitalares rejeitadas quanto ao mérito da internação e/ou cobrança será objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do CONTRATANTE, ficando à disposição do CONTRATADO que ao ser notificado, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para apresentar recurso, que também será julgado no prazo máximo de 10 (dez) dias. Os laudos rejeitados em decorrência da não apresentação de defesa justificável serão retidos no setor de controle, avaliação e auditoria da SMS a fim de que se procedam as providências cabíveis.

### **CLÁUSULA NONA – DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR**

O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida de Interviente - Pagador dos valores constantes deste contrato não transfere para o CONTRATANTE a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme **portaria nº 1.286 de 26/10/93**.

**Parágrafo único** - O CONTRATANTE se responsabilizará pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de eventual excesso.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.**

A execução do presente contrato será avaliada pelo CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, nos termos da legislação pertinente, sem prejuízo à observância do cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato.

§ 1º - Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos ser realizada auditoria especializada.

§ 2º - Anualmente o CONTRATANTE vistoriará as instalações do CONTRATADO para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do CONTRATADO, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

§ 3º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CONTRATADO poderá ensejar a rescisão deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre os serviços ora contratada não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade perante o

## PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

CONTRATANTE, ou para com os pacientes e terceiros decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

§ 5º - O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE designados para tal fim.

§ 6º - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS.**

A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste contrato ou de dever originado da norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e modificações feitas pela Lei nº 8.883/94, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1.286/93, do Ministério da Saúde, ou seja:

- a) Advertência escrita;
- b) Multa de até 20% (vinte por cento) do valor mensal do contrato;
- c) Multa mora/ dia de até 1/60 (um sessenta avos) do valor mensal do contrato;
- d) Suspensão temporária das internações, pagamentos e do direito de licitar ou contratar com o SUS/ON;
- e) Declaração de inidoneidade para contratação com o SUS/ON;
- f) Rescisão do contrato.

§ 1º - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada a sua avaliação na situação e circunstância objetivas em que ele ocorreu, através de auditoria assistencial ou inspeção, e dela será notificado o CONTRATADO.

§ 2º - As sanções previstas nas alíneas “a” e “c” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea “b”, conforme parágrafo terceiro do artigo 86 da Lei 8.666/93.

§ 3º - O valor da multa ou multa/mora/dia, será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE ao CONTRATADO.

§ 4º - Na aplicação das penalidades previstas nas alíneas “a”, “b”, “c” e “d” o CONTRATADO terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso administrativo, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, gestor do SUS/ON.

## **PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

§ 5º - A suspensão temporária das internações será determinada até que o contratado corrija a omissão ou irregularidade específica, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

§ 6º - A penalidade de rescisão poderá ser aplicada independentemente da ordem das sanções previstas nesta cláusula. A reincidência do CONTRATADO em qualquer irregularidade tornará o contrato passível de rescisão.

§ 7º - Da decisão do CONTRATANTE em rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da ação intimação do ato.

§ 8º - Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do parágrafo anterior, o CONTRATANTE deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias úteis e poderá ao recebê-lo atribuir-lhe eficácia suspensiva.

§ 9º - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula, não eximirá o direito do CONTRATANTE em exigir o ressarcimento integral dos prejuízos e das perdas e danos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO**

Constitui motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na cláusula décima primeira.

§ 1º - O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º - Em caso de rescisão contratual por qualquer das partes, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, fica a critério do CONTRATANTE observar o prazo de até 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão. Se neste prazo o CONTRATADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

A Vigência do presente contrato administrativo se dará até 31/12/2019.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

---

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente extrato deste contrato será publicado nos murais da Prefeitura Municipal de Ourilândia do Norte, Secretaria Municipal de Saúde e no Diário Oficial da União no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À EXECUÇÃO DO CONTRATO.**

A legislação aplicável à execução deste contrato é composta pelas Leis Federais 8.080/90, 8.666/93, 8.883/94 e legislação complementar pertinente, fazendo parte integrante deste termo, todo o processo de **Inexigibilidade De Licitação nº 000002/2019/SMS**.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Ourilândia do Norte/Pará, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E por estarem justas e contratadas, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor, para um só efeito legal, perante testemunhas abaixo assinadas.

Ourilândia do Norte – Pará, em 17 de Janeiro de 2019.

---

**MARINALVA SOARES DA SILVA**

*Secretária Municipal de Saúde*

**CONTRATANTE**

---

**HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA**

**MÁRCIA HELENA CASANOVA PEREIRA VELOSO**

*Responsável Técnica*

**CONTRATADO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

**ANEXO I – DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº005/2018/SMS**

**TABELA DIFERENCIADA MUNICIPAL – Preços pré-definido**

<b>BLOCO 1-COLPOSCOPIA</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>UN</b>	<b>QT</b>	<b>VLR UN</b>	<b>VLR TOTAL</b>
1	021104002-9	Colposcopia	UNID	30	R\$ 28,00	R\$ 840,00
<b>TOTAL BLOCO 01</b> (Oitocentos e Quarenta Reais)						<b>R\$ 840,00</b>

<b>BLOCO 2 – ENDOSCOPIAS</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>UN</b>	<b>QT</b>	<b>VLR UN</b>	<b>VLR TOTAL</b>
1	020904002-5	Laringoscopia Direta para Retirada de Corpo Estranho	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
2	020901003-7	Gastro – Duodenoscopia Incluindo Biopsia - EDA	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
3	407010254	Endoscopia	UND	200	R\$ 200,00	R\$ 40.000,00
<b>TOTAL BLOCO 02</b> (Quarenta Mil Oitocentos e Sete Reais e Vinte e Cinco Centavos)						<b>R\$ 40.807,25</b>

<b>BLOCO 3 – RADIOLOGIA</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>UN</b>	<b>QT</b>	<b>VLR UN</b>	<b>VLR TOTAL</b>
1	-----	RADIOGRAFIA (RAIOS-X) obs.: Todas as radiografias passaram a custar.R\$ 35,00 (trinta e cinco) reais cada.	UNID	1000	R\$ 35,00	R\$ 35.000,00
2	020405001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	UNID	2	R\$ 73,50	R\$ 147,00
3	020405014-6	Esôfago Hiato Estômago e Duodeno	UNID	2	R\$ 68,60	R\$ 137,20
4	020405018-9	Urografia Venosa com Bexiga Pré e Pós Micção (Simples ou com Macro-	UNID	2	R\$ 75,45	R\$ 150,90

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

		dose – Dripping)				
5	020406017-6	Panorâmica de Membros Inferiores	UNID	2	R\$ 35,70	R\$ 71,40
<b>TOTAL DO BLOCO 03</b> (Trinta e Cinco Mil Quinhentos e Seis Reais e Cinquenta Centavos)						<b>R\$ 35.506,50</b>

<b>BLOCO 4- CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>UN</b>	<b>QT</b>	<b>VLR UN</b>	<b>VLR TOTAL</b>
1	030101007-2	AVALIAÇÃO MÉDICA	UNID	15000	R\$ 40,00	R\$ 600.000,00
2	030101006-4	Consulta em Ginecologia – Obstetrícia	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
3	030101006-4	Consulta em Ginecologia	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
4	030101006-4	Consulta em Pediatria	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
5	030101006-4	Consulta Médica para Hanseníase	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
6	030101006-4	Consulta para Diagnostico Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
7	030106002-9	Atendimento Médico com Observação até 24 horas	UNID	4500	R\$ 90,00	R\$ 405.000,00
8	030101006-4	Acompanhamento Avaliativo/ Avaliação Portadores Diabetes Mellitus Realizada por Médico	UNID	10	R\$ 40,00	R\$ 400,00
9	030106003-7	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clínicas Básicas	UNID	30	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
10	030106005-3	Consulta/ Atendimento de Urgência em Clínicas Básicas com RE	UNID	30	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
11	030106006-1	Atendimento Médico Especializado em Urgência e Emergência	UNID	30	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
12	-----	Laudos Periciais (Exame de corpo de delito, Conjunção Carnal, Atestado de Óbito e Laudo Cadavérico)	UNID	350	R\$ 100,00	R\$ 35.000,00
13	040101006-6	Sutura Simples de Pequenas Lesões	UNID	900	R\$ 50,00	R\$ 45.000,00
14	030110015-2	Retirada de Pontos	UNID	250	R\$ 7,00	R\$ 1.750,00
15	-----	Aplicação de Soro Antiofídico, Sat e Similares.	UNID	4	R\$ 60,00	R\$ 240,00
16	020101001-1	Ammiocentese	UNID	4	R\$ 63,00	R\$ 252,00
17	020101002-0	Biopsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
18	020101004-6	Biopsia Anu – Retal	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
19	020101007-0	Biopsia de Bolsa Escrotal	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
20	020101008-9	Biopsia de Aparelho Auricular C.A. E.	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
21	020101010-0	Biopsia de Cordão Espermático (Unilateral)	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

22	20101016	Biopsia Endométrio p/ Aspiração Manual intra Uterina - AMIU	UND	3	R\$ 68,55	R\$ 205,65
23	020101017-8	Biopsia de Epidídimo	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
24	020101019-4	Biopsia de Hipofaringe	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
25	020101019-4	Biopsia de Orofaringe	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
26	020101019-5	Biopsia do Cavum	UNID	3	R\$ 54,60	R\$ 163,80
27	020101021-6	Biopsia Hepática	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
28	020101022-4	Biopsia de Gânglio Linfático	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
29	020101023-2	Biopsia de Glândula Salivar	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
30	020101026-7	Biopsia de Bainha Tendinosa ou Tendão	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
31	020101028-3	Biopsia de Músculo	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
32	020101030-5	Biopsia de Omoplata	UNID	2	R\$ 146,20	R\$ 292,40
33	020101031-3	Biopsia Cirúrgica de Articulações Sacro- Ilíaca	UNID	2	R\$ 146,71	R\$ 293,42
34	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos da Perna	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
35	020101032-1	Biopsia Cirúrgica de Ossos do Pé	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
36	020101032-1	Biopsia Cirúrgica do fêmur	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
37	020101032-1	Biopsia de Tornozelo	UNID	2	R\$ 151,02	R\$ 302,04
38	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Cotovelo	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
39	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Punho	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
40	020101033-0	Biopsia Cirúrgica de Úmero	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
41	020101033-0	Biopsia Cirúrgica em Ossos da Mão	UNID	2	R\$ 150,61	R\$ 301,22
42	020101034-8	Punção/ Biopsia de Ossos	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
43	020101034-8	Biopsia de Osso Mandibular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
44	020101034-8	Biopsia de Osso Maxilar	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
45	020101035-6	Biopsia de Pálpebras	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
46	020101036-4	Biopsia de Pavilhão Auricular	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
47	020101037-2	Biopsia Pele, Tecido Celular ou Gânglio Subcutâneo.	UNID	60	R\$ 42,00	R\$ 2.520,00
48	020101037-2	Biopsia de Parede Abdominal	UNID	3	R\$ 50,40	R\$ 151,20
49	020101038-0	Biopsia de Pênis	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
50	020101039-9	Biopsia de Pirâmide Nasal/ Exerese de Lesão	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
51	020101039-10	Biopsia do Nariz	UNID	2	R\$ 54,60	R\$ 109,20
52	020101040-2	Biopsia de Pleura com Agulha	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
53	020101044-5	Biopsia de Seios Paranasais	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
54	020101045-3	Biopsia Sinovial	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
55	020101046-1	Biopsia de Testículo - por Testículo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
56	020101047-0	Biopsia de Paratireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
57	020101047-0	Biopsia de Tireoide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
58	020101047-0	Punção de Tireóide	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81

Fone: 94-3434 – 1289/1635

59	020101050-0	Biopsia do Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
60	020101051-8	Biopsia de Vulva	UNID	5	R\$ 50,40	R\$ 252,00
61	020101052-6	Biopsia de Tecido da Cavidade Bucal	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
62	020101052-6	Biopsia de Lábios	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
63	020101052-6	Biopsia de Língua ou de Glândulas Salivares	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
64	020101052-6	Biopsia de Boca	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
65	020101056-9	Biopsia Cirúrgica de Mama	UNID	20	R\$ 56,00	R\$ 1.120,00
66	020101058-5	Punções ou Biopsia de Mama	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
67	020101061-6	Punção do Fundo de Saco Vaginal	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
68	020101062-3	Punção Exploradora do Deferente	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
69	020101063-1	Punção Lombar c/ Raquimanometria	UNID	2	R\$ 56,00	R\$ 112,00
70	020101063-1	Punção Lombar para Coleta de Liquor	UNID	2	R\$ 56,00	R\$ 112,00
71	020101064-0	Punção Diagnostica ou de Esvaziamento	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
72	020101066-6	Biopsia de Colo Uterino ou Endométrio	UNID	10	R\$ 50,40	R\$ 504,00
73	020901003-7	Polipectomia de Duodeno	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
74	020901003-7	Polipectomia de Esôfago	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
75	020901003-7	Polipectomia de Estomago	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
76	020903001-1	Histeroscopia Cirúrgica para Biopsia Dirigida e Remoção de Corpo Estranho	UNID	8	R\$ 210,00	R\$ 1.680,00
77	020904024-0	Vasostomia	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
78	021101001-4	Capilaroscopia	UNID	3	R\$ 140,00	R\$ 420,00
79	021104001-0	Ammioscopia	UNID	3	R\$ 10,50	R\$ 31,50
80	021104004-5	Histeroscopia Diagnostica	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
81	021109002-6	Cateterismo Uretral	UNID	15	R\$ 21,00	R\$ 315,00
82	030110010-3	Inalação/ Nebulização	UNID	30	R\$ 10,00	R\$ 300,00
83	030110015-2	Retirada de Pontos de Cirurgias Básica – por paciente	UNID	300	R\$ 14,00	R\$ 4.200,00
84	030111001-8	Acompanhamento Paciente Médico e Grande Queimado – Atendimento Básico	UNID	8	R\$ 140,00	R\$ 1.120,00
85	030111002-6	Acompanhamento Paciente Pequeno Queimado – Atendimento Intermediário	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
86	030111002-6	Acompanhamento Pequeno Queimado – Atendimento Básica	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
87	030307003-0	Remoção Manual de Fecaloma	UNID	3	R\$ 105,00	R\$ 315,00
88	030307004-8	Retirada de Corpo Estranho de Esôfago	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
89	030307005-6	Retirada de Corpo Estranho de	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

		Estomago ou Duodeno				
90	030308001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões (Até 5 Lesões)	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
91	030308002-7	Calosidade e/ou Mal Perfurante (Desbastamento)	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
92	030309001-4	Artrocentese do Cotovelo	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
93	030309001-4	Artrocentese Escapulo Umeral	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
94	030309001-4	Artrocentese do Punho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
95	030309001-4	Artrocentese da Articulação Coxo - Femural	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
96	030309001-4	Artrocentese do Joelho	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
97	030309004-9	Injeção Intra – Articulares	UNID	10	R\$ 28,00	R\$ 280,00
98	030309004-9	Tração Cutânea	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
99	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão do Quadril – AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	8	R\$ 280,00	R\$ 2.240,00
100	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulação Coxo – Femural AP Gessado Pelvi Pod.	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
101	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Osso da Perna-Tíbia e Fíbula	UNID	8	R\$ 119,00	R\$ 952,00
102	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão Pélvica-AP	UNID	8	R\$ 280,00	R\$ 2.240,00
103	030309007-3	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Tornozelo Tipo Bota	UNID	10	R\$ 119,00	R\$ 1.190,00
104	030309007-3	Revisão com Troca de Imobilização não Gessada em Lesão de Tornozelo Tipo Cruro POD.	UNID	8	R\$ 175,00	R\$ 1.400,00
105	030309008-1	Revisão com Imobilização não Gessada em Lesão da Coluna Vertebral Taraco Lombar	UNID	8	R\$ 280,00	R\$ 2.240,00
106	030309009-0	Revisão Com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Antebraço AP Gessado Axilo Palmar	UNID	10	R\$ 161,00	R\$ 1.610,00
107	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesões de Articulação Acrômio Clavicular	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
108	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo / AP Gessado Áxilo Palmar	UNID	10	R\$ 147,00	R\$ 1.470,00
109	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Cotovelo/B AP Gessado Toraco – B	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
110	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero – TI AP Gessado Toraco Braquial	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00
111	030309009-0	Revisão com troca de Aparelho Gessado em Lesão de Articulac	UNID	10	R\$ 175,00	R\$ 1.750,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

		Escapulo Umeral AP Gessado Toraco				
112	030309009-0	Revisão com Troco de Aparelho Gessado em Punho – Luva Gessada	UNID	10	R\$ 182,00	R\$ 1.820,00
113	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Mão – Luva Gessada	UNID	10	R\$ 56,00	R\$ 560,00
114	030309009-0	Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Úmero Tipo Auxilio Palmar ou Pendente	UNID	10	R\$ 147,00	R\$ 1.470,00
115	030309010-3	Tratamento de Fratura de Osso Metacárpico com Luva Gessada	UNID	10	R\$ 56,00	R\$ 560,00
116	030309011-1	Revisão e Troca de Gesso em Lesão de Coluna Vertebral - Colete	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
117	030309011-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão de Coluna Vertebral	UNID	10	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
118	030309011-1	Revisão de tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
119	030309012-0	Tratamento de Fratura da Clavícula/ Velpeau Gessado	UNID	30	R\$ 161,00	R\$ 4.830,00
120	030309012-0	Tratamento de Fratura da Escápula/ Velpeau Gessado	UNID	30	R\$ 161,00	R\$ 4.830,00
121	030309012-0	Tratamento de Fratura/ Luxação/ Fratura- Luxação ao nível de Articulação Acrômio clavicular AP Gesso Toraco- B	UNID	20	R\$ 210,00	R\$ 4.200,00
122	030309014-6	Tratamento em Costelas com Imobilização não gessada	UNID	20	R\$ 84,00	R\$ 1.680,00
123	030309015-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Aparelho Gessado Axilo - PA	UNID	30	R\$ 147,00	R\$ 4.410,00
124	030309016-2	Tratamento de Fratura de Flange com Tala de Alumínio ou Luva	UNID	30	R\$ 42,00	R\$ 1.260,00
125	030309016-2	Tratamento de Fratura do Punho com Luva Gessada	UNID	30	R\$ 182,00	R\$ 5.460,00
126	030309018-9	Tratamento de Fratura de Esterno com Imobilização não Gessada	UNID	30	R\$ 84,00	R\$ 2.520,00
127	030309020-0	Tratamento de Fratura/ Lesão Ligamento ao Nível do Joelho AP	UNID	40	R\$ 175,00	R\$ 7.000,00
128	030309020-0	Tratamento de Fratura de Diáfise Tibial e/ ou Fibular com Apa Gessado Cruo Pod.	UNID	40	R\$ 119,00	R\$ 4.760,00
129	030309020-0	Tratamento de Fratura do Retro-Pé e Médio – Pé com Bota Gessada	UNID	30	R\$ 63,00	R\$ 1.890,00
130	030309020-0	Tratamento de Fratura do Ante-Pé e Dedos com Bota Gessada	UNID	30	R\$ 119,00	R\$ 3.570,00
131	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Cruo Podálico	UNID	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00
132	030309020-0	Tratamento de Fratura do Tornozelo com Aparelho Gessado Bota Gessada	UNID	30	R\$ 119,00	R\$ 3.570,00
133	030309020-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Femoral Proximal – Pelvi Podálico	UNID	40	R\$ 280,00	R\$ 11.200,00
134	0303090200-0	Tratamento de Fratura de Metáfise Distal do Fêmur e/ou Proximal – Pelvi	UNID	40	R\$ 280,00	R\$ 11.200,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

		Podálico				
135	030309021-9	Tratamento da Coluna Cervical com Colar Gessado	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00
136	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado-Axilo Palmar	UNID	40	R\$ 147,00	R\$ 5.880,00
137	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível do Cotovelo com Aparelho Gessado-Toraco - B	UNID	30	R\$ 175,00	R\$ 5.250,00
138	030309022-7	Tratamento de Fratura ao Nível dos Ossos do Antebraço com AP Gessado Axilo Pal	UNID	40	R\$ 161,00	R\$ 6.440,00
139	030309022-7	Tratamento de Fratura do úmero com Aparelho Gessado Toraco - Braquial	UNID	20	R\$ 175,00	R\$ 3.500,00
140	030309023-5	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização não Gessada Taraco	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
141	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral Torácica com Imobilização Gessada	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
142	030309025-1	Tratamento da Coluna Vertebral com Imobilização Gessada em M.	UNID	12	R\$ 280,00	R\$ 3.360,00
143	030309026-0	Tratamento de Lesão de Mecanismo Extensor com Tala de Alumínio (dedo)	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
144	030309028-6	Tratamento de Lesão Ligamentar ao Nível do Tornozelo Retro	UNID	20	R\$ 175,00	R\$ 3.500,00
145	030309030-8	Tratamento Conservador de Osteomielite (MMSS)	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
146	030601001-1	Coleta de Sangue (Não Cobrar p/ ser Utilizada em Paciente Internado)	UNID	10	R\$ 28,00	R\$ 280,00
147	030601003-8	Triagem Clínica de Doador (A) de Sangue	UNID	10	R\$ 28,00	R\$280,00
148	030602004-1	Sangria Terapêutica	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
149	030602014-9	Transfusão da Unidade de Sangue Total	UNID	15	R\$ 70,00	R\$ 1.050,00
150	030903001-3	Cateterismo Vesical Evacuador	UNID	15	R\$ 21,00	R\$ 315,00
151	030903004-8	Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo Uterino ou Cauterização Química	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
152	030904002-9	Drenagem de Abscesso de Epidídimo	UNID	30	R\$ 63,00	R\$ 1.890,00
153	040101001-5	Debridamento e Curativo de Escara ou Ulceração	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
154	040101001-5	Curativo com Debridamento em Pé Diabético	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
155	040101002-3	Curativo por Paciente	UNID	1000	R\$ 10,00	R\$ 10.000,00
156	040101003-1	Excisão e Drenagem de Abscesso, Panarício, etc.	UNID	300	R\$ 42,00	R\$ 12.600,00
157	040101004-0	Eletrocoagulação (Granuloma, Verruga etc)	UNID	450	R\$ 50,40	R\$ 22.680,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81

Fone: 94-3434 – 1289/1635

158	040101004-0	Eletrocoagulação de Lesões Cutâneas do pênis/ pubiana (Também Cauterização Química ou Criocauterização)	UNID	30	R\$ 60,00	R\$ 1.800,00
159	040101005-8	Excisão e Sutura de Tegumento na Face	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
160	040101005-8	Excisão e Sutura de Leito Ungueal (Também Excisão e Sutura de Unha Encravada Pela Dobra Ungueal)	UNID	100	R\$ 63,00	R\$ 6.300,00
161	040101005-8	Ressutura	UNID	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
162	040101005-8	Exerese de Calo	UNID	30	R\$ 42,00	R\$ 1.260,00
163	040101005-8	Sutura de Ferimentos Extensos, com ou sem Debridamento.	UNID	400	R\$ 119,45	R\$ 47.780,00
164	040101006-6	Excisão/ Sutura Simples Peq. Lesões de Pele/ Mucosa (Diversas, Incluindo em Pirâmide Nasal)	UNID	100	R\$ 42,00	R\$ 4.200,00
165	040101007-4	Excisão e Sutura de Tumores da Orelha	UNID	15	R\$ 119,45	R\$ 1.791,75
166	040101007-4	Exerese de Cisto Sebáceo	UNID	70	R\$ 42,00	R\$ 2.940,00
167	040101007-4	Exerese de Lipoma (Também Cisto, Nódulos e Outros Tumores Subcutâneos)	UNID	350	R\$ 42,00	R\$ 14.700,00
168	040101007-4	Exerese de Tumor de Pele	UNID	30	R\$ 119,45	R\$ 3.583,50
169	040101008-2	Frenectomia	UNID	30	R\$ 42,00	R\$ 1.260,00
170	040101009-0	Fulguração/ Cauterização Química de Lesões Cutâneas	UNID	30	R\$ 50,40	R\$ 1.512,00
171	040101010-4	Incisão e Drenagem de Hematoma	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
172	040101010-4	Incisão e Drenagem de Celulite	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
173	040101010-4	Incisão e Drenagem de Fleimão	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
174	040101010-4	Tratamento de Miiase Furunculoide	UNID	5	R\$ 42,00	R\$ 210,00
175	040101010-4	Drenagem de Abscesso ou Hematoma ( do Septo Nasal)	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
176	040101011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	UNID	100	R\$ 50,00	R\$ 5.000,00
177	040101013-9	Tratamento Cirúrgico de Fistula do Pescoço, por Aproximação (Exerese de Cisto ou Fistula Branquial ou de Tireoglosso)	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
178	040102008-8	Exerese de Cisto Sacro- Coccigeo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
179	040305008-1	Neuroctomia Diferenciada de Nervos Periféricos Prof 27,28 Também Neuroma	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
180	040401005-9	Drenagem de Abscesso Faríngeo	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
181	040401007-5	Drenagem de Furúnculo C. A. E.	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
182	040401009-1	Ducha de Politzer – por C. A. E.	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
183	040401012-1	Ressecção de Tumores da Face, por Via Externa ou Endobucal /N	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

**CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635**

184	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno de C. A. E. Pavilhão Auricular ( Pólipos; Cistos Pré- Auricular – Coloboma Auris etc)	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
185	040401012-1	Exerese de Tumor Benigno Intranasal Prof. 18,34,72 e 85	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
186	040401015-6	Infiltração Medicamentosa em Corneto Inferior	UNID	2	R\$ 21,00	R\$ 42,00
187	040401024-6	Miringotomia	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
188	040401027-0	Remoção de Cerumen de C. A. E.	UNID	24	R\$ 42,00	R\$ 1.008,00
189	040401030-0	Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva ( CAE e Pavilhão Auricular) e Nasal ( Nariz e Pirâmide Nasal)	UNID	120	R\$ 42,00	R\$ 5.040,00
190	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em C. A. E., Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
191	040401031-8	Retirada Corpo Estranho em Faringe	UNID	10	R\$ 54,60	R\$ 546,00
192	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Faringe Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
193	040401031-8	Retirada Corpo Estranho Nariz Sob Anestesia Geral	UNID	10	R\$ 70,00	R\$ 700,00
194	040401034-2	Tamponamento Anterior (Epistaxe)	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00
195	040401034-2	Tamponamento Antero – Posterior	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
196	040401039-3	Tratamento Cirúrgico de Pericondrite de Pavilhão	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
197	040402003-8	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco – Nasal	UNID	8	R\$ 210,00	R\$ 1.680,00
198	040402005-4	Incisão e Drenagem de Abscesso da Boca e Anexo	UNID	15	R\$ 42,00	R\$ 630,00
199	040402009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca (Também Excisão de Tumor)	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
200	040402009-7	Sutura de Ferida da Mucosa Bucal e Face	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00
201	040402010-0	Excisão em Cunha do Lábio	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
202	040501004-4	Drenagem de Abscesso Palpebral	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
203	040501007-9	Exerese de Calázio	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
204	040503011-8	Tratamento Cirúrgico de Miiase Palpebral	UNID	10	R\$ 42,00	R\$ 420,00
205	040505025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea/ Esclera	UNID	40	R\$ 70,00	R\$ 2.800,00
206	040602009-4	Dissecção de Veia ou Artéria (Também Hemostasia de Varizes)	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
207	040602013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
208	040602014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma ou Nervos	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
209	040602020-5	Linfadenectomia Profunda	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
210	040602029-9	Linfadenectomia Superficial	UNID	2	R\$ 84,00	R\$ 168,00
211	040701032-7	Esclerose de Varizes Esofagianas	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
212	040702012-8	Dilatação Digital ou Instrumental do Anus e/ ou Reto	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

**CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635**

213	040702013-6	Drenagem de Abscesso Anu - Retal	UNID	2	R\$ 105,00	R\$ 210,00
214	040702014-4	Drenagem de Abscesso Isquio – Retal	UNID	2	R\$ 87,50	R\$ 175,00
215	040702016-0	Eletrocauterização de Lesão Anal Transparietal	UNID	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
216	040702022-5	Excisão Local de tumor Anu Retal	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
217	040702037-3	Redução Manual de Procedência de Reto	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
218	040702039-0	Retirada de Corpo Estranho do reto	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
219	040704019-6	Paracentese Abdominal	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
220	040704021-8	Pneumoperitonio (Sessão)	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
221	040801012-6	Tratamento de Fratura – Luxação ao Nível da Cintura ( Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
222	040801012-6	Tratamento de Fratura e Fratura – Luxação ao Nível da Cintura ( Escapular AP Gess Toraco – B)	UNID	7	R\$ 210,00	R\$ 1.470,00
223	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura-Luxação Escapole – umeral com AP Gessado Toraco - B	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
224	040801013-4	Tratamento de Fratura/ Fratura-Luxação Escapulo – Umeral/ Velpeau	UNID	6	R\$ 189,00	R\$ 1.134,00
225	040802010-5	Fasciotomia Palmar	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
226	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Axilo – Palmar (com Redução)	UNID	15	R\$ 175,00	R\$ 2.625,00
227	040802016-4	Tratamento de Fratura do Úmero com Apar. Gessado Toraco – B (com Redução).	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
228	040802019-9	Tratamento de Fratura/ Fratura – Luxação Interessando Díáfise Umeral AP Gess Toraco -B	UNID	15	R\$ 210,00	R\$ 3.150,00
229	040802022-9	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gess Áxilo Palmar	UNID	20	R\$ 189,00	R\$ 3.780,00
230	040802022-9	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Cotovelo AP Gessada Toraco – B	UNID	20	R\$ 210,00	R\$ 4.200,00
231	040802024-5	Tratamento Fratura/ Luxação / Fratura – Luxação ao Nível do Punho AP Gess Áxilo Palmar	UNID	20	R\$ 271,00	R\$ 5.420,00
232	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Braço)	UNID	15	R\$ 105,00	R\$ 1.575,00
233	040802029-6	Revisão de Coto Amputado (Antebraço)	UNID	15	R\$ 105,00	R\$ 1.575,00
234	040802030-0	Tenossinovite Abscesso de Mão e Dedos – por Drenagem	UNID	7	R\$ 119,45	R\$ 836,15
235	040804035-1	Tratamento em Articulação Coxo – Femural com Imobilização Gessada AP Gess Pelvi Pos.	UNID	8	R\$ 336,00	R\$ 2.688,00
236	040805019-5	Tratamento de Luxação, Fratura – Luxação, Fratura do Ante – Pá e Médio Pé – Bota Gessada.	UNID	15	R\$ 140,00	R\$ 2.100,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

**CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635**

237	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Bota Gessada	UNID	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
238	040805021-7	Tratamento de Luxação / Fratura – Luxação/ Fratura do Tornozelo – AP Gessado Cruro Pod.	UNID	10	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
239	040805022-5	Tratamento de Fratura da Diáfise Tibial Associada ou não a Fratura de Fíbula AP Gess Cruro Pod.	UNID	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
240	040805025-0	Tratamento de Fratura da Metáfise Distal do Fêmur e Proximal AP Gess Pelvi Pod.	UNID	13	R\$ 336,00	R\$4.368,00
241	040805026-8	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação ao Nível do Joelho c/ AP Gessado Pelvi Podálico	UNID	20	R\$ 210,00	R\$ 4.200,00
242	040805029-2	Tratamento de Luxação/ Fratura – Luxação/ Fratura do Retro – Pé Bota Gessada	UNID	18	R\$ 77,00	R\$ 1.386,00
243	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Coxa)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
244	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Perna)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
245	040805033-0	Revisão de Coto Amputado (Tornozelo)	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
246	040805033-0	Revisão de Coto Amputado Ossos do Pé	UNID	4	R\$ 105,00	R\$ 420,00
247	040806004-2	Amputação de Dedo – por Dedo (Quirodáctilos)	UNID	20	R\$ 119,45	R\$ 2.389,00
248	040806008-5	Ressecção de Bolsa Sinovial de Cotovelo	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
249	040806008-5	Ressecção Cirúrgica de Bolsa Pré-Rotuliana	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
250	040806008-5	Bursectomia	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
251	040806008-5	Cirurgia de Higroma	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
252	040806015-8	Manipulação para Correção de Contratura em Flexão de Joelho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
253	040806021-2	Ressecção de Cisto Sinovial ( Outras Articulações)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
254	040806022-0	Ressecção de Exostose	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
255	040806030-1	Ressecção Muscular	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
256	040806035-2	Retirada de Material de Síntese ( Fio de Kirschner Haste PA (Transosseo)	UNID	8	R\$ 50,40	R\$ 403,20
257	040806035-2	Retirada de Material de Síntese (Fio de Kirschner Haste PA ( Intra Ósseo)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
258	040806042-5	Revisão do Coo Amputado ( Punho ou Dedo)	UNID	5	R\$ 105,00	R\$ 525,00
259	040806045-0	Miorrafia	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
260	040806045-0	Miotomia	UNID	5	R\$ 119,45	R\$ 597,25
261	040806045-0	Tenorrafia	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
262	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia não Articulada	UNID	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

**CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635**

263	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Polidactilia Articulada	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
264	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia de 2 DÍgitos	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
265	040806065-4	Tratamento Cirúrgico da Sindactilia Múltipla	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
266	040806068-9	Tratamento Cirúrgico da Rutura do Aparelho Extensor do Dedo	UNID	3	R\$ 63,00	R\$ 189,00
267	040901009-0	Cistostomia Supra Púbrica	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
268	040901035-9	Punção ou Aspiração Vesical	UNID	3	R\$ 42,00	R\$ 126,00
269	040902001-0	Incisão e Drenagem de Abscesso Peri-Uretral	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
270	040902002-8	Incisão e Drenagem de Fleimão Urinoso	UNID	5	R\$ 50,40	R\$ 252,00
271	040902007-9	Meatotomia Simples	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
272	040902008-7	Ressecção de Caruncula	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
273	040904001-0	Drenagem de Abscesso de Bolsa Escrotal	UNID	10	R\$ 63,00	R\$ 630,00
274	040904002-9	Drenagem do Deferente	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
275	040904006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	UNID	5	R\$ 63,00	R\$ 315,00
276	040904007-0	Exerese de Cisto de Epidídimo	UNID	5	R\$ 210,00	R\$ 1.050,00
277	040904008-8	Exerese de Cisto de Cordão Espermatóico	UNID	3	R\$ 210,00	R\$ 630,00
278	040904010-0	Exploração Cirúrgica do Deferente	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
279	040905003-9	Correção de Parafimose	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
280	040905005-9	Incisão de Prepúcio	UNID	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00
281	040905006-7	Plástica de Freio Balano - Prepucial	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
282	040905008-3	Postectomia	UNID	3	R\$ 140,00	R\$ 420,00
283	040906001-1	Cerclagem do Colo Uterino	UNID	2	R\$ 50,40	R\$ 100,80
284	040906004-6	Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo	UNID	15	R\$ 119,45	R\$ 1.791,75
285	040906006-2	Dilatação do Colo Uterino	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
286	040906009-7	Excisão de Pólipo Uterino	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
287	040907012-2	Incisão e Drenagem de Glândula de Bartholine ou Skene	UNID	3	R\$ 50,40	R\$ 151,20
288	040907014-9	Exerese de Cisto Vaginal ( e Outras Lesões Benigna)	UNID	8	R\$ 119,45	R\$ 955,60
289	040907015-7	Bartolinectomia	UNID	25	R\$ 119,45	R\$ 2.986,25
290	040907015-7	Exerese de Glandula de Skene	UNID	3	R\$ 119,45	R\$ 358,35
291	040907016-5	Extirpação de Lesão de Vulva/ Períneo (Eletrocoagulação ou Fuguração) Também Cauterização de Nódulos e Outras Lesões Nodulares	UNID	20	R\$ 42,00	R\$ 840,00
292	040907017-3	Extração de Corpo Estranho na Vagina	UNID	10	R\$ 119,45	R\$ 1.194,50
293	040907018-1	Himenotomia	UNID	2	R\$ 63,00	R\$ 126,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

**CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635**

294	041001001-4	Incisão e Drenagem de Abscesso de Mama	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
295	041001002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
296	0401001003-0	Extirpação de Mama Supranumerária	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
297	041001003-0	Extirpação de Mamilos	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
298	041001008-1	Plástica Mamária Masculina	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
299	041001010-3	Reversão de Mamilo Invertido	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
300	041101001-8	Descolamento Manual da Placenta	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
301	041101006-9	Ressutura de Episiorrafia Pós - Parto	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
302	041101007-7	Sutura de Laceração de Trajeto Pélvico (Parto Antes da ADMI)	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
303	041102001-3	Curetagem Pós Abortamento	UNID	60	R\$ 119,45	R\$ 7.167,00
304	041201005-8	Curativo Pós Alta	UNID	5	R\$ 21,00	R\$ 105,00
305	041201006-2	Punção Traqueal com Aspiração/ Traqueostomia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
306	041204014-0	Toracocentese	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
307	041301002-3	Primeiro Atendimento em Pacientes com Pequenas Queimaduras	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
308	041301003-1	Curativo Grande Pós Alta	UNID	2	R\$ 49,00	R\$ 98,00
309	041301004-0	Curativo Médio Pós Alta	UNID	5	R\$ 35,00	R\$ 175,00
310	041301005-8	Curativo Pequeno Pós Alta	UNID	5	R\$ 21,00	R\$ 105,00
311	041304001-1	Autonomização de Retalho	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
312	041304015-1	Transecção de Retalhos (Também Excisão e Sutura com Rotação de Retalhos e Plástica em "Z")	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
313	041401022-1	Revisão e Troca de Aparelho Gessado em Lesão dos Ossos da Face	UNID	2	R\$ 119,00	R\$ 238,00
314	041401029-9	Tratamento dos Ossos da Face	UNID	2	R\$ 119,00	R\$ 238,00
315	041401030-2	Tratamento dos Ossos do Nariz	UNID	2	R\$ 84,00	R\$ 168,00
316	041401031-0	Tratamento do Arco Zigomático	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
317	041401033-7	Fratura de Mandíbula por Hemiface	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
318	041401033-7	Tratamento de Luxação Temporo - Mandibular	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
319	041402010-3	Remoção de Calculo Salivar	UNID	2	R\$ 42,00	R\$ 84,00
320	041402017-0	Glossorrafia	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
321	041402023-5	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
322	041402026-0	Remoção de Corpo Estranho da Região - Maxilo - Facial	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
323	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Extra Oral	UNID	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00
324	041402034-0	Tratamento Cirúrgico de Fistula Intra Oral	UNID	2	R\$ 210,00	R\$ 420,00
325	041504001-9	Cateterismo de Veia Central por Punção	UNID	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURILÂNDIA DO NORTE**

Avenida das Nações nº 415 - CEP 68390-000 - Ourilândia do Norte - Pará

CNPJ Nº 22.980.643/0001-81 Fone: 94-3434 – 1289/1635

326	041504004-3	Debridamento de Ulcera ou Necrose	UNID	2	R\$ 119,45	R\$ 238,90
327	041701005-2	Anestesia Regional	UNID	800	R\$ 70,00	R\$ 56.000,00
328	070105001-2	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Fechada	UNID	3	R\$ 7,30	R\$ 21,90
329	070105002-0	Bolsa de Colostomia com Adesivos Microporo Drenável e/ou Fechado	UNID	3	R\$ 9,00	R\$ 27,00
<b>TOTAL - BLOCO 04</b> (Um Milhão, Seiscentos e Três Mil, Novecentos e Sessenta e Sete Reais e Setenta e Seis Centavos)						<b>R\$ 1.603.967,76</b>

<b>Hum milhão e seiscentos e oitenta e um mil, cento e vinte e um reais e cinquenta e um centavos.</b>	<b>R\$ 1.681.121,51</b>
--	-------------------------

Ourilândia do Norte – Pará, em 17 de Janeiro de 2019.

---

**MARINALVA SOARES DA SILVA**  
Secretária Municipal de Saúde  
**CONTRATANTE**

---

**HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA**  
MÁRCIA HELENA CASANOVA PEREIRA VELOSO  
Responsável Técnica  
**CONTRATADO**