

## TERMO DE CREDENCIAMENTO 0071/2025

Pelo presente instrumento o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PIRACICABA, doravante denominado simplesmente CREDENCIAMENTE, com sede á RUA SANTA LÚCIA, nº 291, bairro ACLIMAÇÃO, em JOÃO MONLEVADE - MG, inscrito no CNPJ sob o nº 02.031.332/0001-69, neste ato representado pelo Presidente Sr. LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO, e a empresa: CLÍNICA RADIOLÓGICA SANTA BÁRBARA LTDA - EPP, inscrita no CNPJ sob o nº 20.602.348/0001-66, situada na RUA RICARDO LEITE, nº. 126, bairro CARNEIRINHOS, em JOÃO MONLEVADE/MINAS GERAIS, representada por JOSE LANES MOURAO, portador da CPF nº 256.628.646-91 doravante denominada simplesmente CREDENCIADO ajustam o credenciamento para prestação de serviços conforme Lei Federal N.º 14.133/2021 e suas alterações e pelo estabelecido no PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 012/2025, CREDENCIAMENTO Nº 002/2025, que é parte integrante deste contrato, atendidas as cláusulas e condições seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto do presente instrumento a Contratação de empresa para prestação de serviços de exames e procedimentos de alta e média complexidade para atendimento nos municípios de JOÃO MONLEVADE, BELA VISTA DE MINAS, NOVA ERA, RIO PIRACICABA, SÃO DOMINGOS DO PRATA, ITABIRA, BARÃO DE COCAIS, conforme anexos do PROCESSO ADMINISTRATIVO acima descrito.

1. O (A) CREDENCIADO (A) atenderá os pacientes encaminhados pelo CISMEPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba, através das Secretarias Municipais dos municípios consorciados, oferecendo-lhes assistência médica, conforme Anexo do Edital.

| Item | Tipo Especialidade                                                                                                           | Valor Unitário |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1    | Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste                                                             | R\$ 600,00     |
| 2    | Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste                                                             | R\$ 500,00     |
| 3    | Colangioressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste                 | R\$ 600,00     |
| 4    | Colangioressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste                 | R\$ 500,00     |
| 5    | Colangioressonância / Hidro- RM Ou Uro-RM Ou Mielo-RM Ou Sialo-RM Ou Cistografia Por RM Infantil (0 à 15 ANOS) Com Contraste | R\$ 650,00     |
| 6    | Colangioressonância / Hidro- RM Ou Uro-RM Ou Mielo-RM Ou Sialo-RM Ou Cistografia Por RM Infantil (0 à 15 ANOS) Sem Contraste | R\$ 450,00     |
| 7    | Core Biopsy                                                                                                                  | R\$ 300,00     |
| 8    | Duplex Scan De Aorta E Ilíacas                                                                                               | R\$ 155,00     |
| 9    | Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical                                                                             | R\$ 175,00     |
| 10   | Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular                                                 | R\$ 175,00     |
| 11   | Duplex Scan Venoso De M I D                                                                                                  | R\$ 155,00     |
| 12   | Duplex Scan Venoso De M I E                                                                                                  | R\$ 155,00     |
| 13   | Duplex Scan Venoso De M S D                                                                                                  | R\$ 155,00     |
| 14   | Duplex Scan Venoso De M S E                                                                                                  | R\$ 155,00     |
| 15   | Mamografia Bilateral                                                                                                         | R\$ 90,00      |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                                                          | Valor Unitário |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 16   | Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US                                                                                                       | R\$ 190,00     |
| 17   | Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)                       | R\$ 600,00     |
| 18   | Ressonância Magnética De Abdomen Superior (fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitônio) Infantil( 0 À 15 ANOS) Com Contraste | R\$ 650,00     |
| 19   | Ressonância Magnética De Abdomen Superior (fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitônio) Infantil( 0 À 15 ANOS) Sem Contraste | R\$ 450,00     |
| 20   | Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Sem Contraste)                       | R\$ 500,00     |
| 21   | Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.infantil (0 A 15 ANOS) Com Contraste                        | R\$ 650,00     |
| 22   | Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.infantil (0 A 15 ANOS) Sem Contraste                        | R\$ 450,00     |
| 23   | Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste                                                                                        | R\$ 1.100,00   |
| 24   | Ressonância Magnética De Abdomen Total Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                                | R\$ 1.100,00   |
| 25   | Ressonância Magnética De Abdomen Total Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                                | R\$ 900,00     |
| 26   | Ressonância Magnética De Abdômen Total Sem Contraste                                                                                        | R\$ 1.000,00   |
| 27   | Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Com Contraste                                                              | R\$ 600,00     |
| 28   | Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                      | R\$ 650,00     |
| 29   | Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                      | R\$ 450,00     |
| 30   | Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Sem Contraste                                                              | R\$ 500,00     |
| 31   | Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) Com Contraste                                                                                      | R\$ 600,00     |
| 32   | Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) Sem Contraste                                                                                      | R\$ 500,00     |
| 33   | Ressonância Magnética De Atm (bilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                               | R\$ 650,00     |
| 34   | Ressonância Magnética De Atm (bilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                               | R\$ 450,00     |
| 35   | Ressonância Magnética De Bacia/quadril Infantil (unilateral)(0 A 15 Anos) Com Contraste                                                     | R\$ 650,00     |
| 36   | Ressonância Magnética De Bacia/quadril Infantil (unilateral)(0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                     | R\$ 450,00     |
| 37   | Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Com Contraste                                                                                       | R\$ 600,00     |
| 38   | Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                                                | R\$ 650,00     |
| 39   | Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                                                | R\$ 450,00     |
| 40   | Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Sem Contraste                                                                                       | R\$ 500,00     |
| 41   | Ressonância Magnética De Braço / Antebraço ( Unilateral) Infantil ( 0 á 15 ANOS) Com Contraste                                              | R\$ 650,00     |
| 42   | Ressonância Magnética De Braço / Antebraço ( Unilateral) Infantil ( 0 á 15 ANOS) Sem Contraste                                              | R\$ 450,00     |
| 43   | Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Com Contraste                                                                       | R\$ 600,00     |
| 44   | Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Sem Contraste                                                                       | R\$ 500,00     |
| 45   | Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Com Contraste                                                                               | R\$ 600,00     |
| 46   | Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                       | R\$ 650,00     |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                  | Valor Unitário |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 47   | Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste               | R\$ 450,00     |
| 48   | Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Sem Contraste                                       | R\$ 500,00     |
| 49   | Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Contraste                                              | R\$ 600,00     |
| 50   | Ressonância Magnética De Coluna Cervical Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                      | R\$ 650,00     |
| 51   | Ressonância Magnética De Coluna Cervical Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                      | R\$ 450,00     |
| 52   | Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste                                              | R\$ 500,00     |
| 53   | Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Contraste                                           | R\$ 600,00     |
| 54   | Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                   | R\$ 650,00     |
| 55   | Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                   | R\$ 450,00     |
| 56   | Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste                                           | R\$ 500,00     |
| 57   | Ressonância Magnética De Coluna Torácica Com Contraste                                              | R\$ 600,00     |
| 58   | Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Com Contraste                       | R\$ 650,00     |
| 59   | Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste                       | R\$ 450,00     |
| 60   | Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste                                              | R\$ 500,00     |
| 61   | Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral) Com Contraste                                        | R\$ 600,00     |
| 62   | Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral) Sem Contraste                                        | R\$ 500,00     |
| 63   | Ressonância Magnética De Cotovelo (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                 | R\$ 650,00     |
| 64   | Ressonância Magnética De Cotovelo (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                 | R\$ 450,00     |
| 65   | Ressonância Magnética De Coxa (Unilateral) Com Contraste                                            | R\$ 600,00     |
| 66   | Ressonância Magnética De Coxa (Unilateral) Sem Contraste                                            | R\$ 500,00     |
| 67   | Ressonância Magnética De Coxa Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                 | R\$ 650,00     |
| 68   | Ressonância Magnética De Coxa Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                 | R\$ 450,00     |
| 69   | Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Com Contraste                                    | R\$ 600,00     |
| 70   | Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste             | R\$ 450,00     |
| 71   | Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Sem Contraste                                    | R\$ 500,00     |
| 72   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste                                            | R\$ 600,00     |
| 73   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Com Contraste                         | R\$ 716,00     |
| 74   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Com Contraste | R\$ 816,00     |
| 75   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Sem Contraste | R\$ 616,00     |
| 76   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Sem Contraste                         | R\$ 616,00     |
| 77   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Com Contraste                    | R\$ 650,00     |
| 78   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                    | R\$ 450,00     |
| 79   | Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste                                            | R\$ 500,00     |
| 80   | Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Com Contraste                                          | R\$ 600,00     |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                                               | Valor Unitário |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 81   | Ressonância Magnética De Joelho (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                               | R\$ 650,00     |
| 82   | Ressonância Magnética De Joelho (unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                               | R\$ 450,00     |
| 83   | Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste                                                                       | R\$ 500,00     |
| 84   | Ressonância Magnetica De Mão (unilateral) Com Contraste                                                                          | R\$ 600,00     |
| 85   | Ressonância Magnetica De Mão (unilateral) Sem Contraste                                                                          | R\$ 500,00     |
| 86   | Ressonância Magnética De Mão (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                   | R\$ 650,00     |
| 87   | Ressonância Magnética De Mão (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                   | R\$ 450,00     |
| 88   | Ressonância Magnética De Ombro ( Unilateral ) Com Contraste                                                                      | R\$ 600,00     |
| 89   | Ressonância Magnética De Ombro ( Unilateral ) Sem Contraste                                                                      | R\$ 500,00     |
| 90   | Ressonância Magnética De Ombro (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                 | R\$ 650,00     |
| 91   | Ressonância Magnética De Ombro (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                 | R\$ 450,00     |
| 92   | Ressonância Magnética De Órbitas Com Contraste                                                                                   | R\$ 600,00     |
| 93   | Ressonância Magnética De órbitas Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                           | R\$ 650,00     |
| 94   | Ressonância Magnética De órbitas Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                           | R\$ 450,00     |
| 95   | Ressonância Magnética De órbitas Sem Contraste                                                                                   | R\$ 500,00     |
| 96   | Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais ( Bilateral) Com Contraste                                                     | R\$ 600,00     |
| 97   | Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais ( Bilateral) Sem Contraste                                                     | R\$ 500,00     |
| 98   | Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil ( Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                              | R\$ 650,00     |
| 99   | Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil ( Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                              | R\$ 450,00     |
| 100  | Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo ( Unilateral) Com Contraste                        | R\$ 600,00     |
| 101  | Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo ( Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste | R\$ 650,00     |
| 102  | Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo ( Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste | R\$ 450,00     |
| 103  | Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo ( Unilateral) Sem Contraste                        | R\$ 500,00     |
| 104  | Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca / Glúteo / Próstata Com Contraste                                          | R\$ 600,00     |
| 105  | Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca / Glúteo / Próstata Sem Contraste                                          | R\$ 500,00     |
| 106  | Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo / Próstata Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                    | R\$ 650,00     |
| 107  | Ressonância Magnética De Pelve/ Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo / Próstata Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                     | R\$ 450,00     |
| 108  | Ressonância Magnética De Pênis Com Contraste                                                                                     | R\$ 600,00     |
| 109  | Ressonância Magnética De Pênis Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                                              | R\$ 650,00     |
| 110  | Ressonância Magnética De Pênis Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                                              | R\$ 450,00     |
| 111  | Ressonância Magnética De Pênis Sem Contraste                                                                                     | R\$ 500,00     |
| 112  | Ressonância Magnética De Perna (unilateral) Com Contraste                                                                        | R\$ 600,00     |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                                                                                                                    | Valor Unitário |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 113  | Ressonância Magnética De Perna (unilateral) Sem Contraste                                                                                                                                             | R\$ 500,00     |
| 114  | Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Com Contraste                         | R\$ 600,00     |
| 115  | Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Com Contraste | R\$ 650,00     |
| 116  | Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Infantil ( 0 Á 15 ANOS) Sem Contraste | R\$ 450,00     |
| 117  | Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Sem Contraste                         | R\$ 500,00     |
| 118  | Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Com Contraste                                                                                           | R\$ 600,00     |
| 119  | Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                                                    | R\$ 650,00     |
| 120  | Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                                                    | R\$ 450,00     |
| 121  | Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Sem Contraste                                                                                           | R\$ 500,00     |
| 122  | Ressonância Magnética De Punho ( Unilateral ) Com Contraste                                                                                                                                           | R\$ 600,00     |
| 123  | Ressonância Magnética De Punho ( Unilateral ) Sem Contraste                                                                                                                                           | R\$ 500,00     |
| 124  | Ressonância Magnética De Punho(unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Com Contraste                                                                                                                       | R\$ 650,00     |
| 125  | Ressonância Magnética De Punho(unilateral) Infantil (0 á 15 Anos) Sem Contraste                                                                                                                       | R\$ 450,00     |
| 126  | Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Com Contraste                                                                                                                                           | R\$ 600,00     |
| 127  | Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Sem Contraste                                                                                                                                           | R\$ 500,00     |
| 128  | Ressonância Magnética De Segmento Apendicular ( Unilateral ) Com Contraste                                                                                                                            | R\$ 600,00     |
| 129  | Ressonância Magnética De Segmento Apendicular ( Unilateral ) Sem Contraste                                                                                                                            | R\$ 500,00     |
| 130  | Ressonância Magnética De Segmento Apendicular (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                                                                                                       | R\$ 650,00     |
| 131  | Ressonância Magnética De Segmento Apendicular (unilateral)infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                                                                                                       | R\$ 450,00     |
| 132  | Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Com Contraste                                                                                                                        | R\$ 600,00     |
| 133  | Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                                                                                 | R\$ 650,00     |
| 134  | Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                                                                                 | R\$ 450,00     |
| 135  | Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face Sem Contraste                                                                                                                        | R\$ 500,00     |
| 136  | Ressonância Magnética De Sela Túrcica ( Hipófise) Com Contraste                                                                                                                                       | R\$ 600,00     |
| 137  | Ressonância Magnética De Sela Túrcica ( Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste                                                                                                                | R\$ 650,00     |
| 138  | Ressonância Magnética De Sela Túrcica ( Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste                                                                                                                | R\$ 450,00     |
| 139  | Ressonância Magnética De Sela Túrcica ( Hipófise) Sem Contraste                                                                                                                                       | R\$ 500,00     |
| 140  | Ressonância Magnética De Tórax ( Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Com                                                                                                                             | R\$ 600,00     |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                            | Valor Unitário |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|      | Contraste                                                                                                     |                |
| 141  | Ressonância Magnética De Tórax ( Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste    | R\$ 650,00     |
| 142  | Ressonância Magnética De Tórax ( Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste.   | R\$ 450,00     |
| 143  | Ressonância Magnética De Tórax ( Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Sem Contraste                           | R\$ 500,00     |
| 144  | Ressonância Magnética De Tornozelo ( Unilateral ) Com Contraste                                               | R\$ 600,00     |
| 145  | Ressonância Magnética De Tornozelo ( Unilateral ) Sem Contraste                                               | R\$ 500,00     |
| 146  | Ressonância Magnética De Tornozelo ( Unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Com Contraste                        | R\$ 650,00     |
| 147  | Ressonância Magnética De Tornozelo ( Unilateral) Infantil ( 0 A 15 Anos) Sem Contraste                        | R\$ 450,00     |
| 148  | Tc. Abdômen Helicoidal                                                                                        | R\$ 270,00     |
| 149  | Tc. Abdômen Helicoidal C/ Reconst. Coronal                                                                    | R\$ 320,00     |
| 150  | Tc. Abdômen Superior C/ Contraste                                                                             | R\$ 307,94     |
| 151  | Tc. Abdômen Superior S/ Contraste                                                                             | R\$ 207,94     |
| 152  | Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste                                                               | R\$ 420,00     |
| 153  | Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste                                                               | R\$ 320,00     |
| 154  | Tc. Articulação De Membro Inferior C/ Contraste                                                               | R\$ 230,00     |
| 155  | Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste                                                               | R\$ 130,14     |
| 156  | Tc. Articulação De Membro Superior C/ Contraste                                                               | R\$ 230,00     |
| 157  | Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste                                                               | R\$ 130,14     |
| 158  | Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos C/ Contraste                                                             | R\$ 230,14     |
| 159  | Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste                                                             | R\$ 130,14     |
| 160  | Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos C/ Contraste                                                               | R\$ 230,14     |
| 161  | Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste                                                               | R\$ 130,14     |
| 162  | Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos C/ Contraste                                                               | R\$ 236,50     |
| 163  | Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste                                                               | R\$ 136,50     |
| 164  | Tc. Coxo Femural C/ Contraste (unilateral)                                                                    | R\$ 210,00     |
| 165  | Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)                                                                    | R\$ 110,00     |
| 166  | Tc. Crânio C/ Contraste                                                                                       | R\$ 230,00     |
| 167  | Tc. Crânio S/ Contraste                                                                                       | R\$ 130,00     |
| 168  | Tc. De Cada Segmento Adicional Para Coluna                                                                    | R\$ 54,40      |
| 169  | Tc. Joelho C/ Contraste (unilateral)                                                                          | R\$ 210,00     |
| 170  | Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)                                                                          | R\$ 110,00     |
| 171  | Tc. Mandíbula C/ Contraste                                                                                    | R\$ 230,00     |
| 172  | Tc. Mandíbula S/ Contraste                                                                                    | R\$ 130,00     |
| 173  | Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral) | R\$ 230,00     |

| Item | Tipo Especialidade                                                                                                                            | Valor Unitário |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 174  | Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)                                 | R\$ 130,00     |
| 175  | Tc. Ombro C/ Contraste (unilateral)                                                                                                           | R\$ 210,00     |
| 176  | Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)                                                                                                           | R\$ 110,00     |
| 177  | Tc. Orbitas C/ Contraste ( Bilateral)                                                                                                         | R\$ 230,00     |
| 178  | Tc. Orbitas S/ Contraste ( Bilateral)                                                                                                         | R\$ 130,00     |
| 179  | Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste                                                                                                               | R\$ 307,94     |
| 180  | Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste                                                                                                               | R\$ 207,94     |
| 181  | Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste | R\$ 230,12     |
| 182  | Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste | R\$ 130,12     |
| 183  | Tc. Quadril C/ Contraste (unilateral)                                                                                                         | R\$ 210,00     |
| 184  | Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)                                                                                                         | R\$ 110,00     |
| 185  | Tc. Rino Faringe C/ Contraste                                                                                                                 | R\$ 210,00     |
| 186  | Tc. Rino Faringe S/ Contraste                                                                                                                 | R\$ 110,00     |
| 187  | Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)                                                          | R\$ 130,00     |
| 188  | Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial                                                                                                            | R\$ 240,00     |
| 189  | Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste                                                                                         | R\$ 130,00     |
| 190  | Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste                                                                                          | R\$ 230,00     |
| 191  | Tc. Sela Túrcica C/ Contraste                                                                                                                 | R\$ 230,00     |
| 192  | Tc. Sela Túrcica S/ Contraste                                                                                                                 | R\$ 130,00     |
| 193  | Tc. Tórax C/ Contraste                                                                                                                        | R\$ 304,61     |
| 194  | Tc. Tórax S/ Contraste                                                                                                                        | R\$ 204,61     |
| 195  | Tc. Zigomático                                                                                                                                | R\$ 272,00     |

## CLÁUSULA SEGUNDA: DA VIGÊNCIA

2. O presente Termo inicia na data 16/05/2025 e encerrará no dia 02/05/2026 podendo ser prorrogado na forma do art. 105, e 106, da Lei nº. 14.133/2021, desde que as condições e os preços permaneçam vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o CREDENCIADO ou a extinção do mesmo sem ônus para qualquer das partes.

## CLÁUSULA TERCEIRA: DA FORMA DE PAGAMENTO

3. Os pagamentos serão realizados pela tesouraria desde consórcio, na conta do CREDENCIADO, a partir do 30º trigéssimo dia do mês subsequente à data da entrega do faturamento.

3.1 A unidade de saúde do município deverá certificar, até o dia 05 do mês subsequente ao da prestação dos serviços, a regularidade da prestação, requisito para a autorização do pagamento.

## CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DO (A) CREDENCIADO (A)

4. O (A) CREDENCIADO (A) obriga-se a:

- 4.1. Dar plena e eficaz execução ao serviço CREDENCIADO, garantindo o máximo de segurança aos usuários da assistência do CREDENCIANTE;
- 4.2. Sujeitar-se a ampla e irrestrita fiscalização por parte da CREDENCIANTE ou outro órgão competente por ele indicado, que terá em vista impor rigorosa fiscalização da execução do presente ajuste;
- 4.3. Fornecer ao preposto credenciado do CREDENCIANTE, mensalmente, o Mapa de Atendimento individual devidamente ratificado pela CREDENCIADA, pela Secretaria de Saúde do município consorciado e pelo responsável pelas respectivas unidades de saúde onde o serviço será prestado;
- 4.4. Executar os serviços segundo as especificações e determinações técnicas aplicáveis, respondendo por sua qualidade;
- 4.5. Cientificar ao CREDENCIANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;
- 4.6. Assumir total responsabilidade, pela perfeição e qualidade do serviço CREDENCIADO, assim como responder pelos danos causados ao CREDENCIANTE ou a Terceiros, decorrentes da má execução dos serviços CREDENCIADOS;
- 4.7. Arcar com o pagamento de todas as obrigações fiscais, tributárias, previdenciárias e trabalhistas oriundas da execução dos serviços objeto do presente contrato, comprovando mensalmente ao CREDENCIANTE, o respectivo pagamento.
- 4.8. Durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, obriga-se a CREDENCIADA a manter todas as condições de habilitação e qualificação exigida na licitação, devendo comunicar ao CREDENCIANTE, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a o contrato.
- 4.9. O faturamento deverá ser fechado e enviado à sede do CISMEPI, situada na RUA SANTA LÚCIA, nº 291, Bairro ACLIMAÇÃO, JOÃO MONLEVADE/MG, CEP 35.930-117, conforme o cronograma estabelecido (posteriormente disponibilizado) , e também disponível no site <http://iconsorcio.sitcon.com.br/cismepi>. O não envio do faturamento na data prevista implicará o seu remanejamento para o mês subsequente, mediante apresentação de justificativa formal, por escrito. Após o término da vigência contratual, não será admitido o fechamento ou envio de faturamentos referentes a períodos anteriores, ficando vedada qualquer solicitação ou regularização posterior à data de encerramento do contrato;
- 4.10. Em casos de divergências entre solicitação média e guia de encaminhamento, a fatura será retirada da competência e devolvida ao prestador de serviço para os devidos ajustes;
- 4.11. Para o fechamento do faturamento será imprescindível o envio do pedido médico original e guia de encaminhamento do CISMEPI assinada pelo beneficiário;
- 4.12. Será de responsabilidade do prestador de serviço o arquivamento dos resultados/laudos dos atendimentos realizados via CISMEPI.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE**

5. O CREDENCIANTE obriga-se a:

- 5.1. Fornecer à CREDENCIANTE, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;
- 5.2. Fiscalizar a execução dos serviços CREDENCIADOS;

5.3. Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

5.4. Efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços efetivamente prestados.

#### **CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO**

6. O CISMEPI poderá auditar, como lhe aprouver e no seu exclusivo interesse, o exato cumprimento deste contrato, inclusive verificando a efetiva realização dos serviços CREDENCIADOS.

6.1. A CREDENCIADA proporcionará todas as facilidades necessárias ao pessoal que o CISMEPI designar para exercer a ação auditora que lhe é facultada

6.2. A auditoria de que trata esta “Cláusula” terá por objeto, notadamente, as condições para prestação dos serviços, bem como o controle “a posteriori” da assistência prestada, cabendo exclusivamente à CREDENCIADA integral responsabilidade e eficiência técnica da prestação assistencial. Assim, a faculdade de tal auditoria, mesmo quando exercida, não elidirá nem reduzirá a responsabilidade da CREDENCIADA, de sua administração e prepostos, inclusive perante terceiros, proveniente de qualquer ação indevida ou omissão, cuja eventual ocorrência não implicará jamais tem corresponsabilidade do CREDENCIANTE.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: DA EXTINÇÃO**

7. O presente termo poderá ser extinto conforme previsto no art. 137 da LEI 14.133/2021.

Art. 137. (...)

§ 2º O CREDENCIADO terá direito à extinção do contrato nas seguintes hipóteses:

I – supressão, por parte da Administração, de obras, serviços ou compras que acarrete modificação do valor inicial do contrato além do limite permitido no art. 125 desta Lei;

II – suspensão de execução do contrato, por ordem escrita da Administração, por prazo superior a 3 (três) meses;

III – repetidas suspensões que totalizem 90 (noventa) dias úteis, independentemente do pagamento obrigatório de indenização pelas sucessivas e contratualmente imprevistas desmobilizações e mobilizações e outras previstas;

IV – atraso superior a 2 (dois) meses, contado da emissão da nota fiscal, dos pagamentos ou de parcelas de pagamentos devidos pela Administração por despesas de obras, serviços ou fornecimentos;

#### **CLÁUSULA OITAVA: DAS MULTAS E SANÇÕES**

8. As multas e sanções estão previstas no item 11 do edital.

#### **CLÁUSULA NONA - DA VINCULAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

9. O presente termo de credenciamento vincula-se à integralidade do CREDENCIAMENTO Nº 002/2025 PROCESSO Nº 012/2025 que lhe deu origem.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

10. Para ocorrer às despesas resultantes deste contrato, utilizar-se-ão os recursos financeiros constantes da dotação orçamentária abaixo descrita, do orçamento vigente, devendo ser consignada dotação de mesma

natureza e categoria econômica, no orçamento do(s) próximo(s) exercício(s) para continuação do Contrato:

Dotação: 02.10.302.1003.2008.3.3.90.39.00 – Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO**

11. Fica eleito o foro da comarca de João Monlevade/MG para dirimir questão direta ou indiretamente relacionada com o presente contrato.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

12. A CONTRATADA observará, no atendimento, todas as normas estabelecidas pelo CREDENCIANTE, excluída qualquer vinculação de cunho trabalhista entre ambos.

12.1 A CONTRATADA deverá manter em perfeita regularidade suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e parafiscais, bem como sua situação junto aos órgãos fiscalizadores de suas atividades, devendo apresentar sempre que o CREDENCIANTE julgar necessário, o comprovante de recolhimento junto ao INSS e FGTS, se for caso

12.2 Quaisquer tributos e encargos devidos, oriundos da prestação dos serviços serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA.

12.3 Integram o presente contrato, para todos os fins de direito, o Edital de Licitação que lhe deu origem e respectivo anexo, especificados no preâmbulo deste, cujas cláusulas e condições são interdependentes e complementares entre si.

E, assim, por estarem justas, contratadas, cientes e de acordo com todas as cláusulas e condições, firmam as partes o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e para um só efeito, na presença das testemunhas que também o subscrevem.

JOÃO MONLEVADE, 16 de maio de 2025.

**LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO**

**CISMEPI - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PIRACICABA**

**CLÍNICA RADIOLÓGICA SANTA BÁRBARA LTDA - EPP**

**CREDENCIADO**

Testemunhas: \_\_\_\_\_

**Este documento foi assinado eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:**

LAÉRCIO JOSÉ RIBEIRO em 22/05/2025 10:57:33

CLÍNICA RADIOLÓGICA SANTA BÁRBARA LTDA - EPP em 10/06/2025 08:37:02