




CEMOAN
 CENTRO MÉDICO
 DR. OZIAS ARRUDA NETO LTDA.

Rua Padre Aprigio de Sá, 04, Centro, Sousa – PB
 CNPJ.: 17.456.087/0001-09

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS - PB

EMPRESA: CENTRO MEDICO DR. OZIAS ARRUDA NETO LTDA.
 END: RUA PADRE APRIGIO DE SÁ
 CNPJ: 17.456.087/0001-09 TEL:(83)3521-2089

COTAÇÃO DE PREÇOS

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	600,00	6.000,00
2	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	390,00	3.900,00
3	ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	600,00	6.000,00
4	ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	390,00	3.900,00
5	ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	900,00	9.000,00
6	ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	700,00	7.000,00
7	ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	1.000,00	10.000,00
8	ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5	650,00	3.250,00
9	ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10	500,00	5.000,00
10	CAMPIMETRIA	UND	20	-----	-----
11	CAVUM	EXAME	5	300,00	1.500,00
12	CIRURGIA DE CATARATA	UND	10	-----	-----
13	CIRURGIA DE PTERÍGIO	UND	10	-----	-----
14	CISTOGRAFIA - COM O CONTRASTE	EXAME	10	-----	-----
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10	-----	-----
16	COL.CERVICO-DORSO-LOMBAR	EXAME	15	700,00	10.500,00
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00	5.500,00
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	20	350,00	7.000,00
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00	5.500,00
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	350,00	3.500,00
21	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00	5.500,00
22	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	350,00	3.500,00
23	COLUNA CERVICAL - FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	350,00	3.500,00
24	RX.COLUNA CERVICAL -AP/LAT.	EXAME	20	100,00	2.000,00
25	RX.COLUNA CERVICAL(AP/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	10	160,00	1.600,00
26	RX.COLUNA DORSAL - AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	160,00	1.600,00
27	RX.COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	160,00	1.600,00
28	RX.COLUNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	100,00	1.000,00
29	RX.COLUNA DORSAL E LOMBAR - 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	20	220,00	4.400,00
30	RX.COLUNA DORSO-	EXAME	10	160,00	1.600,00



Rua Padre Aprigio de Sá, 04, Centro, Sousa – PB
CNPJ.: 17.456.087/0001-09

	LOMBAR (TRÂNSIÇÃO)				
31	RX.COLUNA LOMBO-SACRA - AP/LAT	EXAME	10	100,00	1.000,00
32	RX.COLUNA LOMBO-SACRA - FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	100,00	1.000,00
33	RX.COLUNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	160,00	1.600,00
34	RX.COLUNA P/ESCOLIOSE	EXAME	15	120,00	1.800,00
35	RX.COLUNA PANORAMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	10	200,00	2.000,00
36	RX.COLUNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	100,00	1.000,00
37	TC.CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00	5.500,00
38	TC.CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	300,00	3.000,00
39	DENSITOMETRIA ÓSSEA - COLUNA E FEMUR	EXAME	20	150,00	3.000,00
40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10	-----	-----
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10	-----	-----
42	TC.FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	550,00	2.750,00
43	TC.FACE S/CONTRASTE	EXAME	10	300,00	3.000,00
44	HISTEROSSALPINCONGRAFIA	EXAME	5	-----	-----
45	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	20	200,00	4.000,00
46	TC.MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	5	650,00	3.250,00
47	TC.MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	500,00	4.000,00
48	TC.ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	-----	-----
49	TC.ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	-----	-----
50	TC.PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	550,00	1.650,00
51	TC.PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7	350,00	2.450,00
52	PROCEDIMENTO GINECOLOGICO ELETROCALTERIZAÇÃO + COLPOSCOPIA + CITOLOGIA COM BIÓPSIA	UND	30	-----	-----
53	TC.QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	550,00	1.100,00
54	TC. QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	300,00	900,00
55	RX. OMBRO (CADA)	EXAME	5	100,00	500,00
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	100,00	1.500,00
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	100,00	1.500,00
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	100,00	1.500,00
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL (CADA)	UNID	15	100,00	1.500,00
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	100,00	1.500,00
61	RAIO X - ATM	UNID	15	100,00	1.500,00
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	100,00	1.500,00
63	RAIO X - CAVUMBA/BF	UNID	15	100,00	1.500,00
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	100,00	1.500,00
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	160,00	2.400,00
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	100,00	1.500,00
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	100,00	1.500,00
68	RAIO X - COLUNA LOMBOSACRA	UNID	15	100,00	1.500,00
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	15	200,00	3.000,00
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	100,00	1.500,00
71	RAIO X - COLUNA TORÁCIA	UNID	15	100,00	1.500,00

107	EXAME	4		RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	
106	EXAME	5		RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	
105	EXAME	5		RM OSRBITA BILATERAL	
104	EXAME	5		RM JOELHO	
103	EXAME	5		RM HIDRO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	
102	EXAME	5		RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	
101	EXAME	4		RM COXO FENURAL	
100	EXAME	5		RM COXA	
99	EXAME	5		RM COTOVELO	
98	EXAME	5		RM COL. LOMBO SACRA	
97	EXAME	5		RM COL. DORSAL	
96	EXAME	4		RM COL. CERVICAL	
95	EXAME	4		RM BACIA OU PELVE	
94	EXAME	5		RM ATM - BILATERAL	
93	EXAME	8		RM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	
92	EXAME	15	100,00	RM ANGIO /CRANIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	1.500,00
91	UNID	15	120,00	ANTEROPSTERIOR E POSTERIOR	1.800,00
90	UNID	15	100,00	RAIO X - TORAX ANTEROPSTERIOR E POSTERIOR	1.500,00
89	UNID	15		RAIO X - TÓRAX ANTEROPSTERIOR E POSTERIOR	2.400,00
88	UNID	15	160,00	OBLÍQUO ANTEROPSTERIOR, POSTERIOR E RAIO X - SEIOS DA FACE	1.500,00
87	UNID	15	100,00	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPSTERIOR E POSTERIOR	1.500,00
86	UNID	15	100,00	POSTERIOR RAIO X - QUADRIL ANTEROPSTERIOR E	1.500,00
85	UNID	15	100,00	RAIO X - QUADRIL ANTEROPSTERIOR	1.500,00
84	UNID	15	100,00	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO OBLÍQUO	1.500,00
83	UNID	15	100,00	RAIO X - PÉ ANTEROPSTERIOR/ POSTERIOR	1.500,00
82	UNID	15	100,00	RAIO X - OMBRO ANTEROPSTERIOR E (CADA)	1.500,00
81	UNID	15	100,00	RAIO X - OMBRO ANTEROPSTERIOR	1.500,00
80	UNID	15	100,00	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA OBLÍQUO	1.500,00
79	UNID	15	100,00	RAIO X - MÃO ANTEROPSTERIOR/	1.500,00
78	UNID	15	80,00	RAIO X - MANDIBULA POSTERIOR	1.200,00
77	UNID	15	100,00	RAIO X - JOELHO ANTEROPSTERIOR E OBLÍQUO	1.500,00
76	UNID	15	100,00	RAIO X - FERMUR ANTEROPSTERIOR/	1.500,00
75	UNID	15	100,00	RAIO X - FACE POSTERIOR	1.500,00
74	UNID	15	100,00	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPSTERIOR E POSTERIOR	1.500,00
73	UNID	15	160,00	RAIO X - COTOVELO ANTEROPSTERIOR	2.400,00
72	UNID	15		RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	

Rua Padre Aprígio de Sá, 04, Centro, Sousa - PB
 CNPJ.: 17.456.087/0001-09

CEMOAN
 CENTRO MÉDICO
 DR. OZIAS ARRUDA NETO LTDA.





Rua Padre Aprigio de Sá, 04, Centro, Sousa – PB
CNPJ.: 17.456.087/0001-09

108	RM Pelve (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	-----	-----
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6	-----	-----
110	RM PUNHO	EXAME	4	-----	-----
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	-----	-----
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	-----	-----
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	-----	-----
114	TC C/RECONSTRUÇÃO EM 3D	EXAME	10	-----	-----
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	600,00	3.000,00
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	600,00	3.000,00
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	350,00	2.450,00
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	350,00	2.450,00
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	900,00	1.800,00
120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	700,00	3.500,00
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50	-----	-----
122	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5	-----	-----
123	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3	-----	-----
124	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3	-----	-----
125	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3	-----	-----
126	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6	-----	-----
127	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5	-----	-----
128	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5	-----	-----
129	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST. ISOLADA	EXAME	3	-----	-----
130	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5	-----	-----
131	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5	-----	-----
132	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5	250,00	1.250,00
133	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4	-----	-----
134	ULTRASONOGRAFIA CERVICAL	EXAME	4	150,00	600,00
135	ULTRASONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5	-----	-----
136	ULTRASONOGRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4	-----	-----
137	ULTRASONOGRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5	150,00	750,00
138	ULTRASONOGRAFIA RETROPERITONEO	EXAME	4	-----	-----
139	ULTRASSONOGRAFIA – ABDÔMEN SUPERIOR EM JEJUM	UNID	10	150,00	1.500,00
140	ULTRASSONOGRAFIA – ABDÔMEN TOTAL EM JEJUM	UNID	10	200,00	2.000,00
141	ULTRASSONOGRAFIA – BOLSA ESCROTAL	UNID	10	-----	-----
142	ULTRASSONOGRAFIA – BOLSA ESCROTAL	UNID	10	-----	-----

174	CONSULTA DE	CONSULTA	150		
173	RETORNO CONSULTA DE OFTALMOLOGISTA +	CONSULTA	150		
172	DE ALTO RISCO + RETORNO CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL	CONSULTA	100		
171	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	CONSULTA	100		
170	RETORNO CONSULTA DE NUTRICIONISTA +	CONSULTA	100		
169	ELETRONECCEFOLOGRAMA + RETORNO	CONSULTA	100		
168	CONSULTA DE NEUROLOGISTA +	CONSULTA	100		
167	RETORNO CONSULTA DE GINECOLOGISTA +	CONSULTA	100		
166	RETORNO CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA +	CONSULTA	100		
165	RETORNO CONSULTA DE DERMATOLOGISTA +	CONSULTA	150		
164	RETORNO CONSULTA DE CARDIOLOGISTA +	CONSULTA	150		
163	YAG LASE	UND	20		
162	CONTRATES UROGRAFIA EXCRETORA - C/	EXAME	5		
161	UROGRAFIA 1,2,3 C/CONTRASTE	EXAME	4		
160	CRIANÇA URETRICISTOGRAFIA ADULTO OU	EXAME	5		1.500,00
159	EM JEJUM ULTRASSONOGRAFIA - VIAS URINARIAS	UNID	10	150,00	1.500,00
158	JEJUM ULTRASSONOGRAFIA - VIAS BILIARES EM	UNID	10	150,00	
157	ULTRASSONOGRAFIA - VASCULAR	UNID	10	150,00	1.500,00
156	ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL	UNID	10	150,00	1.500,00
155	ULTRASSONOGRAFIA - TIREÓIDE	UNID	10	150,00	1.500,00
154	ULTRASSONOGRAFIA - REGIÃO CERVICAL	UNID	10	150,00	
153	TRANSRETAL ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA	UNID	10	150,00	1.500,00
152	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA	UNID	20	150,00	3.000,00
151	ULTRASSONOGRAFIA - PÉLVICA	UNID	10	150,00	1.500,00
150	ULTRASSONOGRAFIA - PARTES MOLES	UNID	10		
149	ULTRASSONOGRAFIA - OMBRO	UNID	10		2.400,00
148	MORFOLOGICA FETAL ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA	UNID	12	200,00	
147	DOPPLER ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA COM	UNID	10		
146	ULTRASSONOGRAFIA - MAMA	UNID	20	150,00	3.000,00
145	DIREITO ULTRASSONOGRAFIA - HIPOCÔNDRIO	UNID	10		
144	MANDIBULARES ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS SUB-	UNID	10		
143	PARÓTIDAS ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS	UNID	10		
	COM DOPPLER				

Rua Padre Aprigio de Sá, 04, Centro, Sousa - PB
 CNPJ.: 17.456.087/0001-09

DR. OZIAS ARRUDA NETO LTDA.
CENRO MÉDICO
CEMOAN





CEMOAN
CENTRO MÉDICO
DR. OZIAS ARRUDA NETO LTDA.



Rua Padre Aprigio de Sá, 04, Centro, Sousa – PB
CNPJ.: 17.456.087/0001-09

	OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO				
175	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	CONSULTA	200	-----	-----
176	CONSULTA DE PSIQUIATRIA + RETORNO	CONSULTA	100	-----	-----
177	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	-----	-----
178	CONSULTA DE UROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	-----	-----
179	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	CONSULTA	100	-----	-----
180	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	-----	-----
181	CONSUTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	-----	-----
182	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE ELETROCARDIOGRÁFICOS	CONSULTA	600	-----	-----
TOTAL					256.750,00

SOUSA – PB, 10 DE FEVEREIRO DE 2021.

MANOEL FRANCISCO DE ALMEIDA NETO
(PROCURADOR)
CEMOAN – CENTRO MÉDICO DR. OZIAS ARRUDA NETO

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	P.UNITÁRIO
1	TOMOGRAFIA/ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	600,00
2	TOMOGRAFIA/ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	400,00
3	TOMOGRAFIA/ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	600,00
4	TOMOGRAFIA/ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	400,00
5	TOMOGRAFIA/ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	400,00
6	TOMOGRAFIA/ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	400,00
7	TOMOGRAFIA/ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	500,00
8	TOMOGRAFIA/ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	10	350,00
9	TOMOGRAFIA/ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	5	550,00
10	CAMPIMETRIA	UND	20	—
11	CAVUM	EXAME	5	—
12	CIURURGIA DE CATARATA	UND	10	—
13	CIURURGIA DE PTERÍGIO	UND	10	—
14	CISTOGRAFIA – COM O CONTRASTE	EXAME	10	—
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10	—
16	COL.CERVICO-DORSO-LOMBAR	EXAME	10	—
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	—
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	10	—
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	500,00
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	600,00
21	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	400,00
22	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	600,00
23	COLUNA CERVICAL – FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	400,00
24	COLUNA CERVICAL –AP/LAT.	EXAME	10	300,00
25	COLUNA CERVICAL(AP/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	20	80,00
26	COLUNA DORSAL – AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	80,00
27	COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	80,00
28	COLUNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	80,00
29	COLUNA DORSAL E LOMBAR – 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	10	80,00
30	COLUNA DORSO-LOMBAR(TRANSIÇÃO)	EXAME	20	80,00
31	COLUNA LOMBO-SACRA – AP/LAT	EXAME	10	80,00
32	COLUNA LOMBO-SACRA – FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	80,00
33	COLUNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	80,00
34	COLUNA P/ESCOLOSE	EXAME	10	80,00
35	COLUNA PANORAMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	10	200,00

COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA: CON PATOS - SERVIÇOS E PRODUTOS MÉDICOS - LTDA
 ENDEREÇO: QUA. BOSSUET WANDERLEY, 411 CENTRO, PATOS - PB
 CNPJ: 04.442.759/0001-96 FONE: (83) 3421.8001

ESTADO DA PARAÍBA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



36	COLUNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	R\$ 80,00	
37	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	R\$ 480,00	
38	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	R\$ 280,00	
39	DENSITOMETRIA ÓSSEA - COLUNA E FEMUR	EXAME	20	R\$ 120,00	
40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10	—	
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10	R\$ 400,00	
42	FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	R\$ 500,00	
43	FACE S/CONTRASTE	EXAME	10	R\$ 300,00	
44	HISTEROSSALPINCONGRAFIA	EXAME	5	R\$ 550,00	
45	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	20	R\$ 120,00	
46	MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	5	R\$ 550,00	
47	MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	R\$ 350,00	
48	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	R\$ 550,00	
49	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	R\$ 350,00	
50	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	R\$ 650,00	
51	PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7	R\$ 650,00	
52	PROCEDIMENTO ELETROCALTERIZAÇÃO + BIOPSIA	PROCEDIMENTO GINECOLOGICO + COLPOSCOPIA + CITOLOGIA COM	UND	30	—
53	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	R\$ 550,00	
54	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	R\$ 350,00	
55	R OMBRO	EXAME	5	R\$ 70,00	
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	R\$ 70,00	
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL	UNID	15	R\$ 70,00	
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	R\$ 70,00	
61	RAIO X - ATM	UNID	15	R\$ 80,00	
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	
63	RAIO X - CAVUMBA/BF	UNID	15	R\$ 70,00	
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	R\$ 80,00	
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	R\$ 80,00	
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	R\$ 80,00	
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	R\$ 80,00	
68	RAIO X - COLUNA LOMBOSACRA	UNID	15	R\$ 80,00	
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	15	R\$ 200,00	
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	R\$ 80,00	
71	RAIO X - COLUNA TORÁCIA	UNID	15	R\$ 80,00	
72	RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	15	R\$ 80,00	
73	RAIO X - COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	
74	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	
75	RAIO X - FACE	UNID	15	R\$ 70,00	
76	RAIO X - FERMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	R\$ 80,00	
77	RAIO X - JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00	



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



78	RAIO X - MANDIBULA	UNID	15	R\$ 80,00
79	RAIO X - MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	R\$ 80,00
80	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA	UNID	15	R\$ 70,00
81	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	R\$ 70,00
82	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
83	RAIO X - PÉ ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	R\$ 80,00
84	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	15	R\$ 70,00
85	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
86	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
87	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
88	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	15	R\$ 80,00
89	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	R\$ 70,00
90	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
91	RAIO X - TORNOZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	R\$ 80,00
92	RM ANGIO (CRANIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	8	—
93	RM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	EXAME	5	—
94	RM ATM - BILATERAL	EXAME	4	—
95	RM BACIA OU PELVE	EXAME	4	—
96	RM COL. CERVICAL	EXAME	5	—
97	RM COL. DORSAL	EXAME	5	—
98	RM COL. LOMBO SACRA	EXAME	5	—
99	RM COTOVELO	EXAME	5	—
100	RM COXA	EXAME	4	—
101	RM COXO FENURAL	EXAME	5	—
102	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	5	—
103	RM HIDRO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	EXAME	5	—
104	RM JOELHO	EXAME	5	—
105	RM OSRBITA BILATERAL	EXAME	5	—
106	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	5	—
107	RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	EXAME	4	—
108	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	—
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6	—
110	RM PUNHO	EXAME	4	—
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	—
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	—
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	—
114	TC C/RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	10	R\$ 700,00
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	R\$ 500,00
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	R\$ 500,00
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	R\$ 600,00
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	R\$ 400,00
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	R\$ 700,00



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS



120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	R\$ 500,00
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50	—
122	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5	R\$ 170,00
123	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3	—
124	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3	—
125	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3	—
126	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6	R\$ 220,00
127	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5	R\$ 220,00
128	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5	R\$ 200,00
129	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST.ISOLADA	EXAME	3	R\$ 220,00
130	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5	—
131	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5	R\$ 170,00
132	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5	R\$ 170,00
133	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4	R\$ 160,00
134	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL	EXAME	4	R\$ 170,00
135	ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5	R\$ 195,00
136	ULTRASSONOGRRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4	R\$ 170,00
137	ULTRASSONOGRRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5	R\$ 180,00
138	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITÔNEO	EXAME	4	—
139	ULTRASSONOGRRAFIA - ABDÔMEN SUPERIOR EM JEJUM	UNID	10	R\$ 180,00
140	ULTRASSONOGRRAFIA - ABDÔMEN TOTAL EM JEJUM	UNID	10	R\$ 180,00
141	ULTRASSONOGRRAFIA - BOLSA ESCROTAL	UNID	10	R\$ 200,00
142	ULTRASSONOGRRAFIA - BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	10	R\$ 220,00
143	ULTRASSONOGRRAFIA - GLÂNDULAS PARÓTIDAS	UNID	10	R\$ 200,00
144	ULTRASSONOGRRAFIA - GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	10	R\$ 200,00
145	ULTRASSONOGRRAFIA - HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	10	R\$ 170,00
146	ULTRASSONOGRRAFIA - MAMA	UNID	20	R\$ 140,00
147	ULTRASSONOGRRAFIA - OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	10	R\$ 170,00
148	ULTRASSONOGRRAFIA - OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	12	R\$ 280,00
149	ULTRASSONOGRRAFIA - OMBRO	UNID	10	R\$ 195,00
150	ULTRASSONOGRRAFIA - PARTES MOLES	UNID	10	R\$ 195,00
151	ULTRASSONOGRRAFIA - PÉLVICA	UNID	20	R\$ 130,00
152	ULTRASSONOGRRAFIA - PRÓSTATA	UNID	10	R\$ 170,00
153	ULTRASSONOGRRAFIA - PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	10	R\$ 200,00
154	ULTRASSONOGRRAFIA - REGIÃO CERVICAL	UNID	10	R\$ 170,00
155	ULTRASSONOGRRAFIA - TIREÓIDE	UNID	10	R\$ 170,00
156	ULTRASSONOGRRAFIA - TRANSVAGINAL	UNID	10	R\$ 140,00
157	ULTRASSONOGRRAFIA - VASCULAR	UNID	10	—
158	ULTRASSONOGRRAFIA - VIAS BILIARES EM JEJUM	UNID	10	R\$ 170,00
159	ULTRASSONOGRRAFIA - VIAS URINÁRIAS EM JEJUM	UNID	10	R\$ 170,00
160	URETROCISTOGRAFIA ADULTO OU CRIANÇA	EXAME	5	R\$ 400,00
161	UROGRAFIA 1.2.3 C/O CONTRASTE	EXAME	4	R\$ 400,00
162	UROGRAFIA EXCRETÓRIA - C/O CONTRASTES	EXAME	5	R\$ 400,00



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS

163	YAG LASE	UND	20	—
164	CONSULTA DE CARDIOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
165	CONSULTA DE DERMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
166	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
167	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
168	CONSULTA DE GINECOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	R\$ 250,00
169	CONSULTA DE NEUROLOGISTA + ELETROENCEFALOGRAMA + RETORNO	CONSULTA	100	—
170	CONSULTA DE NUTRICIONISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
171	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	CONSULTA	100	—
172	CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL DE ALTO RISCO + RETORNO	CONSULTA	100	—
173	CONSULTA DE OFTALMOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
174	CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
175	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	CONSULTA	200	—
176	CONSULTA DE PSIQUIATRIA + RETORNO	CONSULTA	100	—
177	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
178	CONSULTA DE UROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
179	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	CONSULTA	100	—
180	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
181	CONSUTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	—
182	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE ELETROCARDIOGRÁFICOS	CONSULTA	600	—

06 / 07 / 2021

Carolina Maria F. de A. Franca
Representante Legal

09.442.754/0001-
 UDI PATOS SERVIÇOS E PRODUTOS MÉDICOS L.
 RUA BOSSUET WANDERLEY, 411 - CENTRO
 CEP 58.700-410
 PATOS - PB



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS

EMPRESA: Especto Ltda Médicos e Diagnósticos LTDA-ME.
 END: Rua Princesa Isabel - N° 42 - Bananeiras - Sousa/PB.
 CNPJ: 21.558.601/0001-94 TEL: (81) 3522-2500

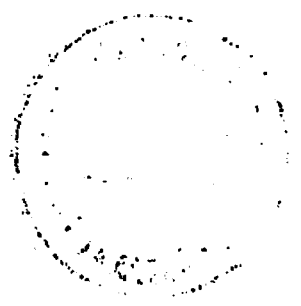
COTAÇÃO DE PREÇOS

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
2	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
3	ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
4	ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
5	ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
6	ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
7	ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	—	
8	ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5	—	
9	ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
10	CAMPIMETRIA	UND	20	—	
11	CAVUM	EXAME	5	—	
12	CIRURGIA DE CATARATA	UND	10	—	
13	CIRURGIA DE PTERÍGIO	UND	10	—	
14	CISTOGRAFIA COM O CONTRASTE	EXAME	10	—	
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10	—	
16	COL.CERVICO-DORSO-LOMBAR	EXAME	15	—	
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	20	—	
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
21	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
22	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
23	COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	—	
24	COLUNA CERVICAL AP/LAT.	EXAME	20	—	
25	COLUNA CERVICAL(AP/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	10	—	
26	COLUNA DORSAL AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	—	
27	COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	—	
28	COLUNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	—	
29	COLUNA DORSAL E LOMBAR 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	20	—	
30	COLUNA DORSO-LOMBAR(TRANSIÇÃO)	EXAME	10	—	
31	COLUNA LOMBO-SACRA AP/LAT	EXAME	10	—	
32	COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	—	
33	COLUNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	—	
34	COLUNA P/ESCLOIOSE	EXAME	15	—	
35	COLUNA PANORAMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	10	—	
36	COLUNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	—	
37	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	—	
38	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	—	
39	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA E FEMUR	EXAME	20	—	
40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10	—	
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10	—	
42	FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	—	

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



106	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	5	—
107	RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	EXAME	4	—
108	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	—
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6	—
110	RM PUNHO	EXAME	4	—
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	—
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	—
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	—
114	TC C/RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	10	—
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	—
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	—
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	—
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	—
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	—
120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	—
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50	—
122	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5	250,00
123	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3	300,00
124	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3	600,00
125	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3	800,00
126	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6	300,00
127	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5	300,00
128	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5	300,00
129	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO ÓRGÃO EST.ISOLADA	EXAME	3	300,00
130	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5	250,00
131	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5	550,00
132	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5	250,00
133	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4	250,00
134	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL	EXAME	4	220,00
135	ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5	—
136	ULTRASSONOGRRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4	—
137	ULTRASSONOGRRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5	200,00
138	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITÔNICO	EXAME	4	—
139	ULTRASSONOGRRAFIA – ABDÔMEN SUPERIOR EM JEJUM	UNID	10	200,00
140	ULTRASSONOGRRAFIA – ABDÔMEN TOTAL EM JEJUM	UNID	10	240,00
141	ULTRASSONOGRRAFIA – BOLSA ESCROTAL	UNID	10	250,00
142	ULTRASSONOGRRAFIA – BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	10	300,00
143	ULTRASSONOGRRAFIA – GLÂNDULAS PARÓTIDAS	UNID	10	250,00
144	ULTRASSONOGRRAFIA – GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	10	250,00
145	ULTRASSONOGRRAFIA – HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	10	200,00
146	ULTRASSONOGRRAFIA – MAMA	UNID	20	200,00
147	ULTRASSONOGRRAFIA – OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	10	300,00
148	ULTRASSONOGRRAFIA – OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	12	250,00
149	ULTRASSONOGRRAFIA – ÔMBRO	UNID	10	—
150	ULTRASSONOGRRAFIA – PARTES MOLES	UNID	10	200,00
151	ULTRASSONOGRRAFIA – PÉLVICA	UNID	20	200,00
152	ULTRASSONOGRRAFIA – PRÓSTATA	UNID	10	200,00
153	ULTRASSONOGRRAFIA – PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	10	—
154	ULTRASSONOGRRAFIA – REGIÃO CERVICAL	UNID	10	220,00
155	ULTRASSONOGRRAFIA – TIREÓIDE	UNID	10	200,00
156	ULTRASSONOGRRAFIA – TRANSVAGINAL	UNID	10	200,00
157	ULTRASSONOGRRAFIA – VASCULAR (03 VASO)	UNID	10	300,00
158	ULTRASSONOGRRAFIA – VIAS BILIARES EM JEJUM	UNID	10	220,00
159	ULTRASSONOGRRAFIA – VIAS URINÁRIAS EM JEJUM	UNID	10	300,00
160	URETROCISTOGRAFIA ADULTO OU CRIANÇA	EXAME	5	—
161	UROGRAFIA 1.2.3 C/O CONTRASTE	EXAME	4	—
162	UROGRAFIA EXCRETORA – C/O CONTRASTES	EXAME	5	—
163	YAG LASE	UND	20	—
164	CONSULTA DE CARDIOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	—
165	CONSULTA DE DERMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	300,00





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS

47	MAGTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	—
48	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	—
49	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	—
50	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	—
51	PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7	—
52	PROCEDIMENTO GINECOLÓGICO ELETROCALTERIZAÇÃO + COLPOSCOPIA + CITOLOGIA COM BIÓPSIA	UND	30	—
53	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	—
54	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	—
55	R OMBRO	EXAME	5	—
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	—
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	—
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL	UNID	15	—
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	—
61	RAIO X - ATM	UNID	15	—
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	—
63	RAIO X - CAVUMBA/BF	UNID	15	—
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	—
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	—
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	—
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	—
68	RAIO X - COLUNA LOMBOSÁCRA	UNID	15	—
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	15	—
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	—
71	RAIO X - COLUNA TORÁCICA	UNID	15	—
72	RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	15	—
73	RAIO X - COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
74	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
75	RAIO X - FACE	UNID	15	—
76	RAIO X - FERMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	—
77	RAIO X - JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
78	RAIO X - MANDÍBULA	UNID	15	—
79	RAIO X - MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	—
80	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA	UNID	15	—
81	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	—
82	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
83	RAIO X - PÉ ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	—
84	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	15	—
85	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	—
86	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
87	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
88	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	15	—
89	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	—
90	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
91	RAIO X - TORNOZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	—
92	RM ANGIO (CRÂNIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	8	—
93	RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	EXAME	5	—
94	RM ATM - BILATERAL	EXAME	4	—
95	RM BACIA OU PELVE	EXAME	4	—
96	RM COL. CERVICAL	EXAME	5	—
97	RM COL. DORSAL	EXAME	5	—
98	RM COL. LOMBO SACRA	EXAME	5	—
99	RM COTOVELO	EXAME	5	—
100	RM COXA	EXAME	4	—
101	RM COXO FEMURAL	EXAME	5	—
102	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	5	—
103	RM HIDRO (EOLANGIO/URD/MIEL/CISTO)	EXAME	5	—
104	RM JOELHO	EXAME	5	—
105	RM ORBITA BILATERAL	EXAME	5	—

REPRESENTANTE COMERCIAL

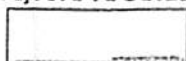
João Carlos de Almeida

Sousa, Os Faveiros

1.800.000

		TOTAL	
166	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA + RETORNO	100	300,00
167	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGISTA + RETORNO	100	300,00
168	CONSULTA DE GINECOLOGISTA + RETORNO	100	300,00
169	CONSULTA DE NEUROLOGISTA +	100	300,00
170	ETROENCEFALOGAMA + RETORNO	100	300,00
171	CONSULTA DE NUTRICIONISTA + RETORNO	100	300,00
172	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	100	300,00
173	CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL DE ALTO RISCO + RETORNO	100	300,00
174	CONSULTA DE OFTALMOLOGISTA + RETORNO	150	300,00
175	CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO	150	300,00
176	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	200	300,00
177	CONSULTA DE PSQUIATRIA + RETORNO	100	300,00
178	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	100	300,00
179	CONSULTA DE URROLOGISTA + RETORNO	150	300,00
180	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	100	300,00
181	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	100	300,00
182	CONSULTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	100	300,00
	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE	600	900,00
	ETROCARDIOGRÁFICOS		

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



CODIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
2	ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	450,00	4.500,00
3	ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
4	ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	450,00	4.500,00
5	ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	900,00	9.000,00
6	ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	720,00	7.200,00
7	ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10		
8	ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5		
9	ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10		
10	CAMPIMETRIA	UND	20		
11	CAVUM	EXAME	5	135,00	675,00
12	CIRURGIA DE CATARATA	UND	10		
13	CIRURGIA DE PERÍGIO	UND	10		
14	CISTOGRAFIA COM O CONTRASTE	EXAME	10		
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10		
16	COL.CERVICO-DORSO-TOMBAR	EXAME	15	1.350,00	20.250,00
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	20	450,00	9.000,00
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	450,00	4.500,00
21	COL.TOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
22	COL.TOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	450,00	4.500,00
23	COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	225,00	2.250,00
24	COLUMNA CERVICAL AP/LAT.	EXAME	20	135,00	2.700,00
25	COLUMNA CERVICAL(P/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	10	225,00	2.250,00
26	COLUMNA DORSAL AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	180,00	1.800,00
27	COLUMNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	225,00	2.250,00
28	COLUMNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	135,00	1.350,00
29	COLUMNA DORSAL E TOMBAR 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	20	360,00	7.200,00
30	COLUMNA DORSO-TOMBAR(TRANSIÇÃO)	EXAME	10	270,00	2.700,00
31	COLUMNA LOMBO-SACRA AP/LAT	EXAME	10	135,00	1.350,00
32	COLUMNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	225,00	2.250,00
33	COLUMNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	225,00	2.250,00
34	COLUMNA P/ESCOLIOSE	EXAME	15	225,00	3.375,00
35	COLUMNA PANORAMICA COM INCUNACÃO D/E	EXAME	10	585,00	5.850,00
36	COLUMNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	135,00	1.350,00
37	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	630,00	6.300,00
38	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	360,00	3.600,00
39	DENSITOMETRIA OSSEA COLUNA E FEMUR	EXAME	20	225,00	4.500,00

COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA: CENTRO DE IMAGEM DE JOSE NEVES
 END: DJALMA GOMES DE AS 08-CENTRO
 CNPJ: 18.451.213/001-03 TEL: (83)3522-1278

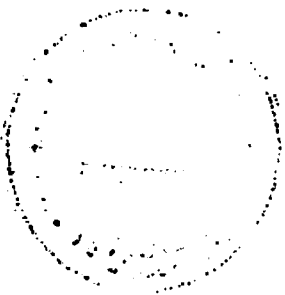
ESTADO DA PARAIBA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10		
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10		
42	FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	630,00	3.150,00
43	FACE S/CONTRASTE	EXAME	10	450,00	4.500,00
44	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	EXAME	5		
45	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	20	225,00	4.500,00
46	MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	5	630,00	3.150,00
47	MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	450,00	3.600,00
48	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	630,00	1.260,00
49	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	450,00	1.350,00
50	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	630,00	1.890,00
51	PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7		
52	PROCEDIMENTO PROCEDIMENTO GINECOLÓGICO ELETROCALTERIZAÇÃO + COLPOSCÓPIA + CITOLOGIA COM BIÓPSIA	UND	30		
53	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	630,00	1.260,00
54	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	450,00	1.350,00
55	R OMBRO	EXAME	5		
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	135,00	2.025,00
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL	UNID	15	135,00	2.025,00
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	135,00	2.025,00
61	RAIO X - ATM	UNID	15	135,00	2.025,00
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
63	RAIO X - CAVUMBA/BF	UNID	15	135,00	2.025,00
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	135,00	2.025,00
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	270,00	4.050,00
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	135,00	2.025,00
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	135,00	2.025,00
68	RAIO X - COLUNA LOMBOSACRA	UNID	15	135,00	2.025,00
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	15	405,00	6.075,00
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	135,00	2.025,00
71	RAIO X - COLUNA TORÁCICA	UNID	15	135,00	2.025,00
72	RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	15	270,00	4.050,00
73	RAIO X - COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
74	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
75	RAIO X - FACE	UNID	15	135,00	2.025,00
76	RAIO X - FEMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	180,00	2.700,00
77	RAIO X - JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
78	RAIO X - MANDÍBULA	UNID	15		
79	RAIO X - MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	180,00	2.700,00
80	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA	UNID	15	135,00	2.025,00
81	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
82	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
83	RAIO X - PE ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	180,00	2.700,00
84	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	15	270,00	4.050,00
85	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
86	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
87	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
88	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	15	180,00	2.700,00
89	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	108,00	1.620,00
90	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
91	RAIO X - TORNÓZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	135,00	2.025,00
92	RAM ANGIO (CRÂNIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	8	1080,00	8.640,00
93	RAM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	EXAME	5	900,00	4.500,00
94	RAM ATM - BILATERAL	EXAME	4	900,00	3.600,00

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS







ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS

95	RM BACIA OU Pelve	EXAME	4	900,00	3.600,00
96	RM COL CERVICAL	EXAME	5	900,00	4.500,00
97	RM COL DORSAL	EXAME	5	900,00	4.500,00
98	RM COL LOMBO SACRA	EXAME	5	900,00	4.500,00
99	RM COTOVELO	EXAME	5	900,00	4.500,00
100	RM COXA	EXAME	4	900,00	3.600,00
101	RM COXO FENURAL	EXAME	5	900,00	4.500,00
102	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	5	900,00	4.500,00
103	RM HIDRO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	EXAME	5	1080,00	5.400,00
104	RM JOELHO	EXAME	5	900,00	4.500,00
105	RM OSRBITA BILATERAL	EXAME	5	1080,00	5.400,00
106	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	5	900,00	4.500,00
107	RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	EXAME	4	900,00	3.600,00
108	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	1080,00	6.480,00
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6		
110	RM PUNHO	EXAME	4	900,00	3.600,00
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	1080,00	6.480,00
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	900,00	5.400,00
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	900,00	5.400,00
114	TC C/RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	10	540,00	5.400,00
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	630,00	3.150,00
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	630,00	3.150,00
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	450,00	3.150,00
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	450,00	3.150,00
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	630,00	1.260,00
120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	450,00	2.250,00
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50		
122	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5		
123	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3		
124	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3		
125	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3		
126	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6		
127	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5		
128	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5		
129	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST.ISOLADA	EXAME	3		
130	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5		
131	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5		
132	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5		
133	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4		
134	ULTRASONOGRAFIA CERVICAL	EXAME	4		
135	ULTRASONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5		
136	ULTRASONOGRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4		
137	ULTRASONOGRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5		
138	ULTRASONOGRAFIA RETROPERITÔNEO	EXAME	4		
139	ULTRASSONOGRAFIA - ABDÔMEN SUPERIOR EM JEJUM	UNID	10	135,00	1.350,00
140	ULTRASSONOGRAFIA - ABDÔMEN TOTAL EM JEJUM	UNID	10	180,00	1.800,00
141	ULTRASSONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL	UNID	10		
142	ULTRASSONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	10		
143	ULTRASSONOGRAFIA - GIÂNDULAS PARÓTIDAS	UNID	10		
144	ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	10		
145	ULTRASSONOGRAFIA - HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	10		
146	ULTRASSONOGRAFIA - MAMA	UNID	20	180,00	3.600,00
147	ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	10		
148	ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	12		
149	ULTRASSONOGRAFIA - OMBRO	UNID	10		

18.451.213/0001-03
 Centro de Diagnóstico José Neves
 Maranhão LIDA
 Rua Djalma Gomes de Sá, 08, CEP. 58800-150
 Marcelle Bentes
 Wives Bente
 REPRESENTANTE COMERCIAL-PB

SOSA - PB
 01 / 02 / 2021

150	ULTRASSONOGRAFIA - PARTES MOLES	UNID	10	
151	ULTRASSONOGRAFIA - PÉLVICA	UNID	20	135,00 2.700,00
152	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA	UNID	10	135,00 1.350,00
153	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	10	
154	ULTRASSONOGRAFIA - REGIÃO CERVICAL	UNID	10	
155	ULTRASSONOGRAFIA - TIREÓIDE	UNID	10	225,00 2.250,00
156	ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL	UNID	10	180,00 1.800,00
157	ULTRASSONOGRAFIA - VASCULAR	UNID	10	405,00 4.050,00
158	ULTRASSONOGRAFIA - VIAS BILIARES EM JEJUM	UNID	10	135,00 1.350,00
159	ULTRASSONOGRAFIA - VIAS URINÁRIAS EM JEJUM	UNID	10	135,00 1.350,00
160	URETRICISTOGRAFIA ADULTO OU CRIANÇA	EXAME	5	
161	UROGRAFIA 1,2,3 C/O CONTRASTE	EXAME	4	
162	UROGRAFIA EXCRETÓRIA - C/O CONTRASTES	EXAME	5	
163	YAG LASE	UNID	20	
164	CONSULTA DE CARDIOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	
165	CONSULTA DE DERMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	
166	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
167	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
168	CONSULTA DE GINECOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
169	CONSULTA DE NEUROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
170	CONSULTA DE NUTRICIONISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
171	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	CONSULTA	100	
172	CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL DE ALTO RISCO + RETORNO	CONSULTA	100	
173	CONSULTA DE OFTALMOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	
174	CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	
175	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	CONSULTA	200	
176	CONSULTA DE PSQUIATRIA + RETORNO	CONSULTA	100	
177	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
178	CONSULTA DE UROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	
179	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	CONSULTA	100	
180	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
181	CONSULTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	
182	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE ELETROCARDIOGRÁFICOS	CONSULTA	600	
			TOTAL	403.075,00

ESTADO DA PARAIBA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	P.UNITÁRIO
1	TOMOGRAFIA /ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
2	TOMOGRAFIA /ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
3	TOMOGRAFIA /ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
4	TOMOGRAFIA /ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
5	TOMOGRAFIA /ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
6	TOMOGRAFIA /ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
7	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	0,00
8	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5	0,00
9	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
10	CAMPIMETRIA	UND	20	0,00
11	CAVUM	EXAME	5	0,00
12	CIRURGIA DE CATARATA	UND	10	0,00
13	CIRURGIA DE PTERÍGIO	UND	10	0,00
14	CISTOGRAFIA - COM O CONTRASTE	EXAME	10	0,00
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10	0,00
16	COL.CERVICO-DORSO-LOMBAR	EXAME	15	0,00
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	20	0,00
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
21	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
22	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
23	COLUNA CERVICAL - FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	0,00
24	COLUNA CERVICAL -AP/LAT.	EXAME	20	0,00
25	COLUNA CERVICAL(AP/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	10	0,00
26	COLUNA DORSAL - AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	0,00
27	COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	0,00
28	COLUNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	0,00
29	COLUNA DORSAL E LOMBAR - 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	20	0,00
30	COLUNA DORSO-LOMBAR(TRANSIÇÃO)	EXAME	10	0,00
31	COLUNA LOMBO-SACRA - AP/LAT	EXAME	10	0,00
32	COLUNA LOMBO-SACRA - FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	0,00

COTAÇÃO DE PREÇOS

CNPJ: 23.343.424/0001-54 FONE (83) 35317034.

ENDEREÇO: AVENIDA CASTRO ALVES, 38, CENTRO, CAJAZEIRAS, PARAIBA

EMPRESA: FERREIRA MOREIRA SERVIÇOS MÉDICOS

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS



33	COLUNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	0,00
34	COLUNA P/ESCOLIOSE	EXAME	15	0,00
35	COLUNA PANORAMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	10	0,00
36	COLUNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	0,00
37	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
38	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
39	DENSITOMETRIA ÓSSEA – COLUNA E FEMUR	EXAME	20	140,00
40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10	0,00
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10	0,00
42	FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	0,00
43	FACE S/CONTRASTE	EXAME	10	0,00
44	HISTEROSSALPINCONGRAFIA	EXAME	5	0,00
45	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	20	0,00
46	MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	5	0,00
47	MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	0,00
48	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	0,00
49	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	0,00
50	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	0,00
51	PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7	0,00
52	PROCEDIMENTO PROCEDIMENTO GINECOLOGICO ELETROCALTERIZAÇÃO + COLPOSCOPIA + CITOLOGIA COM BIOPSIA	UND	30	0,00
53	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	0,00
54	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	0,00
55	R OMBRO	EXAME	5	0,00
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	110,00
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	70,00
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	70,00
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL	UNID	15	70,00
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	70,00
61	RAIO X - ATM	UNID	15	80,00
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00
63	RAIO X – CAVUM BA/BF	UNID	15	70,00
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	70,00
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	90,00
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	70,00
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	70,00
68	RAIO X - COLUNA LOMBOSACRA	UNID	15	70,00
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	15	180,00
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	70,00
71	RAIO X - COLUNA TORÁCICA	UNID	15	70,00
72	RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	15	90,00
73	RAIO X - COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	70,00
74	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



75	RAIO X - FACE	UNID	15	80,00
76	RAIO X - FERMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	70,00
77	RAIO X - JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	70,00
78	RAIO X - MANDIBULA	UNID	15	80,00
79	RAIO X - MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	60,00
80	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA	UNID	15	70,00
81	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	90,00
82	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	90,00
83	RAIO X - PÉ ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	60,00
84	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	15	60,00
85	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	70,00
86	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	70,00
87	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
88	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	15	80,00
89	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	90,00
90	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	90,00
91	RAIO X - TORNOZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	60,00
92	RM ANGIO (CRANIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	8	0,00
93	RM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	EXAME	5	0,00
94	RM ATM - BILATERAL	EXAME	4	0,00
95	RM BACIA OU PELVE	EXAME	4	0,00
96	RM COL. CERVICAL	EXAME	5	0,00
97	RM COL. DORSAL	EXAME	5	0,00
98	RM COL. LOMBO SACRA	EXAME	5	0,00
99	RM COTOVELO	EXAME	5	0,00
100	RM COXA	EXAME	4	0,00
101	RM COXO FENURAL	EXAME	5	0,00
102	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	5	0,00
103	RM HIDRO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	EXAME	5	0,00
104	RM JOELHO	EXAME	5	0,00
105	RM OSRBITA BILATERAL	EXAME	5	0,00
106	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	5	0,00
107	RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	EXAME	4	0,00
108	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	0,00
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6	0,00
110	RM PUNHO	EXAME	4	0,00
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	0,00
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	0,00
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	0,00
114	TC C/RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	10	0,00
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	0,00
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	0,00

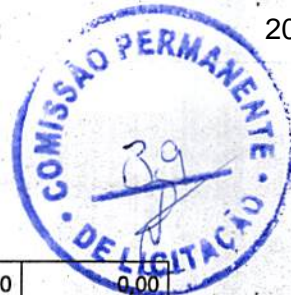
158	ULTRASSONOGRAFIA - VIAS BILIARES EM JEIUM	UNID	10	0,00
157	ULTRASSONOGRAFIA - VASCULAR	UNID	10	0,00
156	ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL	UNID	10	0,00
155	ULTRASSONOGRAFIA - TIREÓIDE	UNID	10	0,00
154	ULTRASSONOGRAFIA - REGIÃO CERVICAL	UNID	10	0,00
153	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	10	0,00
152	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA	UNID	10	0,00
151	ULTRASSONOGRAFIA - PÉLVICA	UNID	20	0,00
150	ULTRASSONOGRAFIA - PARTES MOLES	UNID	10	0,00
149	ULTRASSONOGRAFIA - OMBRO	UNID	10	0,00
148	ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	12	0,00
147	ULTRASSONOGRAFIA - OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	10	0,00
146	ULTRASSONOGRAFIA - MAMA	UNID	20	0,00
145	ULTRASSONOGRAFIA - HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	10	0,00
144	ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	10	0,00
143	ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS PARÓTIDAS	UNID	10	0,00
142	ULTRASSONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	10	0,00
141	ULTRASSONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL	UNID	10	0,00
140	ULTRASSONOGRAFIA - ABDÔMEN TOTAL EM JEIUM	UNID	10	0,00
139	ULTRASSONOGRAFIA - ABDÔMEN SUPERIOR EM JEIUM	UNID	10	0,00
138	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERITÔNEO	EXAME	4	0,00
137	ULTRASSONOGRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5	0,00
136	ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4	0,00
135	ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5	0,00
134	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	EXAME	4	0,00
133	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4	0,00
132	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5	0,00
131	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5	0,00
130	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5	0,00
129	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST. ISOLADA	EXAME	3	0,00
128	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5	0,00
127	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5	0,00
126	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6	0,00
125	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3	0,00
124	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3	0,00
123	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3	0,00
122	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5	0,00
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50	0,00
120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	0,00
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	0,00
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	0,00
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	0,00

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



159	ULTRASSONOGRRAFIA - VIAS ÚRINÁRIAS EM JEJUM	UNID	10	0,00
160	URETROCISTOGRAFIA ADULTO OU CRIANÇA	EXAME	5	0,00
161	UROGRAFIA 1.2.3 C/O CONTRASTE	EXAME	4	0,00
162	UROGRAFIA EXCRETÓRIA - C/O CONTRATES	EXAME	5	0,00
163	YAG LASE	UND	20	0,00
164	CONSULTA DE CARDIOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	0,00
165	CONSULTA DE DERMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	0,00
166	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
167	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
168	CONSULTA DE GINECOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
169	CONSULTA DE NEUROLOGISTA + ELETROENCEFALOGRAMA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
170	CONSULTA DE NUTRICIONISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
171	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
172	CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL DE ALTO RISCO + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
173	CONSULTA DE OFTALMOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	0,00
174	CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	0,00
175	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	CONSULTA	200	0,00
176	CONSULTA DE PSIQUIATRIA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
177	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
178	CONSULTA DE UROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	0,00
179	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
180	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
181	CONSUTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	0,00
182	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE ELETROCARDIOGRÁFICOS	CONSULTA	600	0,00

28/07/2021

JAMACIR FERREIRA

MOREIRA:00797796460

Assinado de forma digital por

JAMACIR FERREIRA

MOREIRA:00797796460

Dados: 2021.07.28 20:42:45 -03'00'

Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS



EMPRESA.: NOVA DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

ENDEREÇO.: AV. PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 557 BAIRRO DOS ESTADOS
JOÃO PESSOA/PB - CEP. 58030-000.

CNPJ.: 04.489.715/0001-00 FONE (83) 2107-2619.

E-mail: caixa@novadiagnostico.com.br

COTAÇÃO DE PREÇOS

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE E	P.UNITÁRIO
1	TOMOGRAFIA /ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00
2	TOMOGRAFIA /ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	10	350,00
3	TOMOGRAFIA /ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	10	550,00
4	TOMOGRAFIA /ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	10	350,00
5	TOMOGRAFIA /ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	10	900,00
6	TOMOGRAFIA /ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	10	700,00
7	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	350,00
8	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5	550,00
9	TOMOGRAFIA /ART.TEMPORO-MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10	350,00
10	CAMPIMETRIA	UND	20	X
11	CAVUM	EXAME	5	X
12	CIRURGIA DE CATARATA	UND	10	X
13	CIRURGIA DE PTERÍGIO	UND	10	X
14	CISTOGRAFIA – COM O CONTRASTE	EXAME	10	X
15	CISTOGRAFIA MICCIONAL	EXAME	10	X
16	COL.CERVICO-DORSO-LOMBAR	EXAME	15	X
17	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	10	X
18	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	20	X
19	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	10	X
20	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	10	X
21	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	10	X
22	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	10	X
23	COLUNA CERVICAL – FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	X
24	COLUNA CERVICAL –AP/LAT.	EXAME	20	X
25	COLUNA CERVICAL(AP/LAT E OBLIQUAS)- TRANSIÇÃO	EXAME	10	X
26	COLUNA DORSAL – AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	10	X
27	COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS)1	EXAME	10	X
28	COLUNA DORSAL- AP/LAT.	EXAME	10	X
29	COLUNA DORSAL E LOMBAR – 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	20	X
30	COLUNA DORSO-LOMBAR(TRÂNSIÇÃO)	EXAME	10	X
31	COLUNA LOMBO-SACRA – AP/LAT	EXAME	10	X
32	COLUNA LOMBO-SACRA – FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	10	X
33	COLUNA LOMBO-SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	10	X
34	COLUNA P/ESCOLIOSE	EXAME	15	X



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



35	COLUNA PANORÂMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	10	X	
36	COLUNA SACRO-COCCIX	EXAME	10	X	
37	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	10	X	
38	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	10	X	
39	DENSITOMETRIA ÓSSEA – COLUNA E FEMUR	EXAME	20	X	
40	ESCOLIOSE DINAMICA	EXAME	10	X	
41	ESTÔMAGO E DUODENO - C/CONTRASTES	EXAME	10	X	
42	FACE C/CONTRASTE	EXAME	5	X	
43	FACE S/CONTRASTE	EXAME	10	X	
44	HISTEROSSALPINCONGRAFIA	EXAME	5	X	
45	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	20	X	
46	MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	5	X	
47	MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	8	X	
48	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	2	X	
49	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	3	X	
50	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	3	X	
51	PESCOÇO S/CONTRASTE	EXAME	7	X	
52	PROCEDIMENTO ELETROCALTERIZAÇÃO + BIOPSIA	PROCEDIMENTO GINECOLOGICO + COLPOSCOPIA + CITOLOGIA COM	UND	30	X
53	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	2	X	
54	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	3	X	
55	RAIO-X OMBRO	EXAME	5	80,00	
56	RAIO X - ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	80,00	
57	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00	
58	RAIO X - ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	160,00	
59	RAIO X - ART COXO FEMURAL	UNID	15	80,00	
60	RAIO X - ART SACRO-ILIACA	UNID	15	80,00	
61	RAIO X - ATM	UNID	15	X	
62	RAIO X - BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00	
63	RAIO X - CAVUMBA/BF	UNID	15	80,00	
64	RAIO X - COLUNA CERVICAL	UNID	15	80,00	
65	RAIO X - COLUNA CERVICO-TORÁCICA	UNID	15	80,00	
66	RAIO X - COLUNA DORSAL	UNID	15	80,00	
67	RAIO X - COLUNA LOMBAR	UNID	15	80,00	
68	RAIO X - COLUNA LÔMBOSACRA	UNID	15	80,00	
69	RAIO X - COLUNA PANORÂMICA TOTAL (PARA ESCOLIOSE)	UNID	15	140,00	
70	RAIO X - COLUNA SACRAL	UNID	15	80,00	
71	RAIO X - COLUNA TORÁCIA	UNID	15	80,00	
72	RAIO X - COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	15	160,00	
73	RAIO X - COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00	
74	RAIO X - CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00	
75	RAIO X - FACE	UNID	15	80,00	
76	RAIO X - FERMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	80,00	
77	RAIO X - JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00	



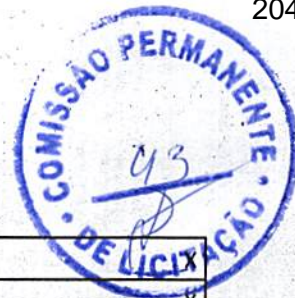
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



78	RAIO X - MANDIBULA	UNID	15	X
79	RAIO X - MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	105,00
80	RAIO X - MÃO/ PUNHO IDADE ÓSSEA	UNID	15	80,00
81	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00
82	RAIO X - OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
83	RAIO X - PÉ ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	15	105,00
84	RAIO X - PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	15	80,00
85	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00
86	RAIO X - QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
87	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
88	RAIO X - SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	15	105,00
89	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00
90	RAIO X - TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
91	RAIO X - TORNOZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00
92	RM ANGIO (CRANIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	8	950,00
93	RM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	EXAME	5	750,00
94	RM ATM - BILATERAL	EXAME	4	750,00
95	RM BACIA OU PELVE	EXAME	4	800,00
96	RM COL. CERVICAL	EXAME	5	750,00
97	RM COL. DORSAL	EXAME	5	750,00
98	RM COL. LOMBO SACRA	EXAME	5	750,00
99	RM COTOVELO	EXAME	5	750,00
100	RM COXA	EXAME	4	750,00
101	RM COXO FEMURAL	EXAME	5	750,00
102	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	5	750,00
103	RM HIDRO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	EXAME	5	950,00
104	RM JOELHO	EXAME	5	750,00
105	RM OSRBITA BILATERAL	EXAME	5	850,00
106	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	5	850,00
107	RM PE (ANTE PÉ) NÃO INCLUI TORNOZELO	EXAME	4	750,00
108	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	6	950,00
109	RM PERFUSÃO CEREBRAL	EXAME	6	850,00
110	RM PUNHO	EXAME	4	750,00
111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	EXAME	6	850,00
112	RM TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE)	EXAME	6	750,00
113	RM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	6	750,00
114	RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	10	100,00
115	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	5	550,00
116	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	5	550,00
117	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	7	350,00
118	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	7	350,00
119	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	2	900,00
120	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	5	700,00
121	TESTE DO OLHINHO	UND	50	X



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



122	ULTRA_SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	5	
123	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 1 VASO	EXAME	3	X
124	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 2 VASOS	EXAME	3	X
125	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO 3 OU MAIS VASOS	EXAME	3	X
126	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	6	260,00
127	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	5	280,00
128	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	5	280,00
129	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST.ISOLADA	EXAME	3	140,00
130	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO PENIANO	EXAME	5	X
131	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	5	285,00
132	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	5	280,00
133	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	4	300,00
134	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL	EXAME	4	120,00
135	ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	5	120,00
136	ULTRASSONOGRRAFIA DO TÓRAX	EXAME	4	140,00
137	ULTRASSONOGRRAFIA ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	EXAME	5	140,00
138	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITÔNIO	EXAME	4	X
139	ULTRASSONOGRRAFIA - ABDÔMEN SUPERIOR EM JEJUM	UNID	10	160,00
140	ULTRASSONOGRRAFIA - ABDÔMEN TOTAL EM JEJUM	UNID	10	200,00
141	ULTRASSONOGRRAFIA - BOLSA ESCROTAL	UNID	10	120,00
142	ULTRASSONOGRRAFIA - BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	10	260,00
143	ULTRASSONOGRRAFIA - GLÂNDULAS PARÓTIDAS	UNID	10	X
144	ULTRASSONOGRRAFIA - GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	10	X
145	ULTRASSONOGRRAFIA - HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	10	X
146	ULTRASSONOGRRAFIA - MAMA	UNID	20	150,00
147	ULTRASSONOGRRAFIA - OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	10	280,00
148	ULTRASSONOGRRAFIA - OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	12	280,00
149	ULTRASSONOGRRAFIA - OMBRO	UNID	10	120,00
150	ULTRASSONOGRRAFIA - PARTES MOLES	UNID	10	140,00
151	ULTRASSONOGRRAFIA - PÉLVICA	UNID	20	150,00
152	ULTRASSONOGRRAFIA - PRÓSTATA	UNID	10	150,00
153	ULTRASSONOGRRAFIA - PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	10	180,00
154	ULTRASSONOGRRAFIA - REGIÃO CERVICAL	UNID	10	120,00
155	ULTRASSONOGRRAFIA - TIREÓIDE	UNID	10	140,00
156	ULTRASSONOGRRAFIA - TRANSVAGINAL	UNID	10	150,00
157	ULTRASSONOGRRAFIA - VASCULAR	UNID	10	X
158	ULTRASSONOGRRAFIA - VIAS BILIARES EM JEJUM	UNID	10	X
159	ULTRASSONOGRRAFIA - VIAS URINÁRIAS EM JEJUM	UNID	10	X
160	URETROCISTOGRAFIA ADULTO OU CRIANÇA	EXAME	5	X
161	UROGRAFIA 1.2.3 C/O CONTRASTE	EXAME	4	X
162	UROGRAFIA EXCRETORA - C/O CONTRASTES	EXAME	5	X
163	YAG LASE	UND	20	X
164	CONSULTA DE CARDIOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	X
165	CONSULTA DE DERMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	X



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZOPOLIS



166	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
167	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
168	CONSULTA DE GINECOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
169	CONSULTA DE NEUROLOGISTA + ELETROENCEFALOGRAMA + RETORNO	CONSULTA	100	X
170	CONSULTA DE NUTRICIONISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
171	CONSULTA DE OBSTETRA + RETORNO	CONSULTA	100	X
172	CONSULTA DE OBSTETRA + PRE NATAL DE ALTO RISCO + RETORNO	CONSULTA	100	X
173	CONSULTA DE OFTÁLMOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	X
174	CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	X
175	CONSULTA DE PEDIATRA + RETORNO	CONSULTA	200	X
176	CONSULTA DE PSIQUIATRIA + RETORNO	CONSULTA	100	X
177	CONSULTA DE REUMATOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
178	CONSULTA DE UROLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	150	X
179	CONSULTA DE VASCULAR + RETORNO	CONSULTA	100	X
180	CONSULTA INFECTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
181	CONSUTA DE MASTOLOGISTA + RETORNO	CONSULTA	100	X
182	CONSULTA COM EMISSÃO DE LAUDOS DE ELETROCARDIOGRÁFICOS	CONSULTA	600	X

João Pessoa - PB

26 de Agosto de 2021

Maedson da Silva

NOVA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

[04.489.715/0001-00]

Nova Diagnóstico por Imagem Ltda

AV: Epitácio Pessoa, 557- Bairro dos Estados

[Cep: 58.030.000 - João Pessoa - PB]





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIZÓPOLIS



VALOR DE REFERÊNCIA: Pesquisa de mercado

1.0.DO OBJETO

1.1.Constitui objeto da respectiva solicitação: Contratação de clínica especializado para a prestação dos serviços de exames especializados destinados a secretaria de saúde de Marizópolis.

2.0.DA PESQUISA DE MERCADO

2.1.Com base nos custos para execução do objeto da contratação em tela, obtidos mediante pesquisa de mercado devidamente realizada nos termos da legislação, regulamentos e normas vigentes, relacionamos abaixo o preço de referência considerado satisfatório.

2.2.Mês que serviu de base para elaboração da referida pesquisa: Agosto de 2021.

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	P.UNITÁRIO	P. TOTAL
1	COL,CERVICO?DORSO?LOMBAR	EXAME	50	645,00	32.250,00
2	COL.CERVICAL C/CONTRASTE	EXAME	50	215,00	10.750,00
3	COL.CERVICAL S/CONTRASTE	EXAME	70	215,00	15.050,00
4	COL.DORSAL C/CONTRASTE	EXAME	30	215,00	6.450,00
5	COL.DORSAL S/CONTRASTE	EXAME	30	215,00	6.450,00
6	COL.LOMBAR C/CONTRASTE	EXAME	30	215,00	6.450,00
7	COL.LOMBAR S/CONTRASTE	EXAME	30	215,00	6.450,00
8	COLUNA CERVICAL AP/LAT.	EXAME	20	100,00	2.000,00
9	COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA	EXAME	10	215,00	2.150,00
10	COLUNA CERVICAL (AP/LAT E OBLIQUAS)? TRANSIÇÃO	EXAME	50	160,00	8.000,00
11	COLUNA DORSAL (AP/LATERAL/OBLIQUAS) 1	EXAME	50	160,00	8.000,00
12	COLUNA DORSAL AP/LAT. E OBLIQUAS	EXAME	50	160,00	8.000,00
13	COLUNA DORSAL E LOMBAR 04 INCIDÊNCIAS	EXAME	30	220,00	6.600,00
14	COLUNA DORSAL? AP/LAT.	EXAME	50	100,00	5.000,00
15	COLUNA DORSO?LOMBAR (TRÂNSIÇÃO)	EXAME	30	160,00	4.800,00
16	COLUNA LOMBO?SACRA ? FUNCIONAL OU DINÂMICA	EXAME	30	100,00	3.000,00
17	COLUNA LOMBO?SACRA AP/LAT	EXAME	30	100,00	3.000,00
18	COLUNA LOMBO?SACRA C/OBLIQUAS	EXAME	30	160,00	4.800,00
19	COLUNA P/ESCOLIOSE	EXAME	30	120,00	3.600,00
20	COLUNA PANORAMICA COM INCLINAÇÃO D/E	EXAME	30	200,00	6.000,00
21	COLUNA SACRO?COCCIX	EXAME	30	100,00	3.000,00
22	CRÂNIO C/CONTRASTE	EXAME	70	230,00	16.100,00
23	CRÂNIO S/CONTRASTE	EXAME	70	230,00	16.100,00
24	FACE C/CONTRASTE	EXAME	30	230,00	6.900,00
25	FACE S/CONTRASTE	EXAME	30	230,00	6.900,00
26	MAMOGRAFIA BILATERAL	EXAME	40	120,00	4.800,00
27	MASTÓIDE C/CONTRASTE	EXAME	20	230,00	4.600,00
28	MASTÓIDE S/CONTRASTE	EXAME	20	230,00	4.600,00
29	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	EXAME	50	230,00	11.500,00
30	ÓRBITA OU SELA TÚRCICA S/CONTRASTE	EXAME	30	230,00	6.900,00
31	PESCOÇO C/CONTRASTE	EXAME	30	245,00	7.350,00
32	QUADRIL C/CONTRASTE	EXAME	30	230,00	6.900,00
33	QUADRIL S/CONTRASTE	EXAME	50	230,00	11.500,00
34	RAIO X ABDÔMEN SIMPLES	UNID	15	80,00	1.200,00
35	RAIO X ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00	1.200,00
36	RAIO X ANTEBRAÇO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	70,00	1.050,00
37	RAIO X ART COXO FEMURAL	UNID	15	70,00	1.050,00
38	RAIO X ART SACRO ILIACA	UNID	15	70,00	1.050,00
39	RAIO X ATM	UNID	15	80,00	1.200,00
40	RAIO X BACIA ANTEROPOSTERIOR	UNID	15	80,00	1.200,00
41	RAIO X CAVUMBA/BF	UNID	15	70,00	1.050,00
42	RAIO X COLUNA CERVICAL	UNID	100	70,00	7.000,00
43	RAIO X COLUNA CERVICO TORÁCICA	UNID	100	80,00	8.000,00
44	RAIO X COLUNA DORSAL	UNID	100	70,00	7.000,00
45	RAIO X COLUNA LOMBAR	UNID	100	70,00	7.000,00
46	RAIO X COLUNA LOMBOSACRA	UNID	100	70,00	7.000,00
47	RAIO X COLUNA PANORÂMICA TOTAL	UNID	50	140,00	7.000,00
48	RAIO X COLUNA SACRAL	UNID	15	70,00	1.050,00
49	RAIO X COLUNA TORÁCICA	UNID	100	70,00	7.000,00
50	RAIO X COLUNA TORACO LOMBAR	UNID	150	90,00	13.500,00
51	RAIO X COTOVELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	30	70,00	2.100,00
52	RAIO X CRÂNIO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	15	80,00	1.200,00
53	RAIO X FACE	UNID	80	80,00	6.400,00
54	RAIO X FERMUR ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	100	70,00	7.000,00
55	RAIO X JOELHO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	50	70,00	3.500,00



3.0.DO VALOR
3.1.0 valor total é equivalente a R\$ 1.177.140,00.

56	RAIO X - MANDIBULA	UNID	100	80,00	8.000,00
57	RAIO X MÃO ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	50	60,00	3.000,00
58	RAIO X MÃO/ PUNHO DADA OSSA	UNID	40	70,00	2.800,00
59	RAIO X OMBRO ANTEROPOSTERIOR	UNID	70	5.600,00	392.000,00
60	RAIO X OMBRO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	70	5.600,00	392.000,00
61	RAIO X PÉ ANTEROPOSTERIOR/ OBLÍQUO	UNID	70	5.600,00	392.000,00
62	RAIO X PUNHO/ ANTEBRAÇO	UNID	30	60,00	1.800,00
63	RAIO X QUADRIL ANTEROPOSTERIOR	UNID	30	60,00	1.800,00
64	RAIO X QUADRIL ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	30	60,00	1.800,00
65	RAIO X SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	30	70,00	2.100,00
66	RAIO X SEIOS DA FACE ANTEROPOSTERIOR, POSTERIOR E OBLÍQUO	UNID	30	80,00	2.400,00
67	RAIO X TÓRAX ANTEROPOSTERIOR	UNID	100	80,00	8.000,00
68	RAIO X TÓRAX ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	100	80,00	8.000,00
69	RAIO X TORNZELO ANTEROPOSTERIOR E POSTERIOR	UNID	30	60,00	1.800,00
70	RAIO X DE OMBRO	EXAME	80	230,00	18.400,00
71	RM ANGIO (CRANIO/PESCOÇO/TÓRAX/ABD.SUP.	EXAME	20	430,00	8.600,00
72	RM ARTICULAR (POR ASTICULAÇÃO)	EXAME	10	430,00	4.300,00
73	RM ATM BILATERAL	EXAME	8	430,00	3.440,00
74	RM BACIA OU PELVE	EXAME	20	430,00	8.600,00
75	RM COL. CERVICAL	EXAME	100	430,00	43.000,00
76	RM COL. DORSAL	EXAME	100	430,00	43.000,00
77	RM COL. LOMBO SACRA	EXAME	80	430,00	34.400,00
78	RM COTOVELO	EXAME	10	430,00	4.300,00
79	RM COXA	EXAME	20	430,00	8.600,00
80	RM COXO FEMURAL	EXAME	10	430,00	4.300,00
81	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	EXAME	20	430,00	8.600,00
82	RM HIBO (COLANGIO/URO/MIEL/CISTO)	EXAME	20	430,00	8.600,00
83	RM JOELHO	EXAME	20	430,00	8.600,00
84	RM OSSEIS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	20	430,00	8.600,00
85	RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	EXAME	10	430,00	4.300,00
86	RM PE (ANTE PE) NÃO INCLUI TORNZELO	EXAME	20	430,00	8.600,00
87	RM PELVE (NÃO INCLUI ART. COXO FEMURAL)	EXAME	30	430,00	12.900,00
88	RM PUNHO	EXAME	10	430,00	4.300,00
89	RM SELA TURSIKA (HIPOFISE)	EXAME	25	430,00	10.750,00
90	RM TORAX (MEDIASITINO, PUMÃO, PAREDE)	EXAME	80	430,00	34.400,00
91	RM TORNZELO OU PÉ (UNILATERAL)	EXAME	20	430,00	8.600,00
92	TC ABDOMEN INFERIOR (PELVE) C/CONTRASTE	EXAME	50	245,00	12.250,00
93	TC ABDOMEN INFERIOR (PELVE) S/CONTRASTE	EXAME	50	245,00	12.250,00
94	TC ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	EXAME	50	245,00	12.250,00
95	TC ABDOMEN SUPERIOR S/CONTRASTE	EXAME	50	245,00	12.250,00
96	TC ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	EXAME	50	245,00	12.250,00
97	TC ABDOMEN TOTAL S/CONTRASTE	EXAME	50	515,00	25.750,00
98	TC ART. TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL	EXAME	10	230,00	2.300,00
99	TC ART. TEMPORO MANDIBULAR C/CONTRASTE	EXAME	5	230,00	1.150,00
100	TC ART. TEMPORO MANDIBULAR S/CONTRASTE	EXAME	10	230,00	2.300,00
101	TC C/RECONSTITUIÇÃO EM 3D	EXAME	30	100,00	3.000,00
102	TC TÓRAX C/CONTRASTE	EXAME	40	230,00	9.200,00
103	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO C/CONTRASTE	EXAME	100	230,00	23.000,00
104	TC TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO S/CONTRASTE	EXAME	50	230,00	11.500,00
105	TC TÓRAX S/CONTRASTE	EXAME	50	230,00	11.500,00
106	TC VIAS URINARIAS C/CONTRASTE	EXAME	50	515,00	25.750,00
107	TC VIAS URINARIAS S/CONTRASTE	EXAME	50	515,00	25.750,00
108	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO MAMÁRIO	EXAME	50	170,00	8.500,00
109	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	EXAME	50	250,00	12.500,00
110	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	EXAME	50	250,00	12.500,00
111	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO FLUXO OBSTÉTRICO	EXAME	50	220,00	11.000,00
112	ULTRA-SOM DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	EXAME	150	270,00	40.500,00
113	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO ORGÃO EST. ISOLADA	EXAME	30	140,00	4.200,00
114	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO RENAL	EXAME	50	270,00	13.500,00
115	ULTRA SOM DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	EXAME	50	250,00	12.500,00
116	ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES	EXAME	50	120,00	6.000,00
117	ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX	EXAME	40	140,00	5.600,00
118	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	UNID	20	120,00	2.400,00
119	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	UNID	30	250,00	7.500,00
120	ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS PARÓTIAS	UNID	60	150,00	9.000,00
121	ULTRASSONOGRAFIA - GLÂNDULAS SUB-MANDIBULARES	UNID	60	150,00	9.000,00
122	ULTRASSONOGRAFIA - HIPOCÔNDRIO DIREITO	UNID	60	150,00	9.000,00
123	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	UNID	80	250,00	20.000,00
124	ULTRASSONOGRAFIA - OMBRO	UNID	60	120,00	7.200,00
125	ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA TRANSRETAL	UNID	100	150,00	15.000,00
126	ULTRASSONOGRAFIA ? OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA FETAL	UNID	150	300,00	45.000,00
127	ULTRASSONOGRAFIA ? VASCULAR	UNID	50	120,00	6.000,00
Total					1.177.140,00





4.0.DAS CONDIÇÕES DA CONTRATAÇÃO

4.1.O prazo máximo para a execução do objeto desta contratação e que admite prorrogação nos casos previstos na legislação vigente, está abaixo indicado e será considerado a partir da emissão do Pedido de Compra:

Entrega: Imediata

4.2.Os preços contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano.

4.3.Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação do Contratado, os preços poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, na mesma proporção da variação verificada no IPCA-IBGE acumulado, tomando-se por base o mês de apresentação da respectiva proposta, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

4.4.Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

4.5.No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o Contratante pagará ao Contratado a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica o Contratado obrigado a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

4.6.Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

4.7.Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

4.8.Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

4.9.O reajuste poderá ser realizado por apostilamento.

4.10.O pagamento será realizado mediante processo regular e em observância às normas e procedimentos adotados, da seguinte maneira: Para ocorrer no prazo de trinta dias, contados do período de adimplemento.

Marizópolis - PB, 27 de Agosto de 2021.

RODRIGO RODOLFO DE MELO
Secretario de Saúde