

**MAR X IMAGENS***Radiologia Digital*  
marques\_pimentel@hotmail.com

000028

**ORÇAMENTO**

Alvorada do Norte – GO, 27 de maio de 2026.

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIUM - TO.**OBJETO: EXAMES POR IMAGENS EM UNIDADES MÓVEIS**

| TABELA DE EXAMES DE UROLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM    |                |  |        |           |              |
|---|----------------|--|--------|-----------|--------------|
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE UROLOGIA   | 100,00 | RS 195,00 | RS 19.500,00 |
| 02  | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                         | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| 03  | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLÇA ESCROTAL                            | 10,00  | RS 200,00 | RS 2.000,00  |
| 04  | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATATA VIA ABDOMINAL                     | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| TABELA DE EXAMES DE MASTOLOGIA DA SAÚDE DA MULHER |                |  |        |           |              |
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA GINECOLOGIA   | 200,00 | RS 195,00 | RS 39.000,00 |
| 02  | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA                                      | 200,00 | RS 200,00 | RS 40.000,00 |
| 03  | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA BILATERAL                           | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| 04  | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (VIA ABDOMINAL)                      | 100,00 | RS 200,00 | RS 20.000,00 |
| 05  | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICAS                                 | 15,00  | RS 200,00 | RS 3.000,00  |
| 06  | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER                      | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| 07  | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 20,00  | RS 200,00 | RS 4.000,00  |
| 08  | 02.05.02.021-6 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                         | 300,00 | RS 260,20 | RS 78.060,00 |
| 09  | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA VAGINAL                                      | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| TABELA DE EXAMES CLINICA MEDICA                   |                |  |        |           |              |
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA ALERGOLOGISTA   | 200,00 | RS 305,20 | RS 61.040,00 |
| 02  | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL                              | 200,00 | RS 230,20 | RS 46.040,00 |
| 03  | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR                           | 150,00 | RS 200,00 | RS 30.000,00 |
| 04  | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR                           | 150,00 | RS 212,20 | RS 31.830,00 |
| 05  | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE                                    | 100,00 | RS 212,20 | RS 21.220,00 |

**MAR X IMAGENS***Radiologia Digital*

marques\_pimentel@hotmail.com



000029

|    |                |  |        |            |               |
|----|----------------|--|--------|------------|---------------|
|    |                | ABDOMEM  |        |            |               |
| 06 | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELÉTICAS        | 300,00 | R\$ 230,20 | R\$ 69.060,00 |
| 07 | 02.05.02.902-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES                | 50,00  | R\$ 200,00 | R\$ 10.000,00 |
| 08 | 04140150-0     | GRUPO DE TESTE CUTANEO - PRICK TESTE             | 100,00 | R\$ 242,20 | R\$ 24.220,00 |
| 09 | 4140144-1      | TESTE DE CONTATO ATE 30 SUBSTÂNCIA - PATCH TESTE | 100,00 | R\$ 265,20 | R\$ 26.520,00 |

**TABELA DE EXAMES CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS**

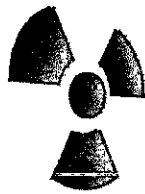
| Item | Código SUS       | Descrição/Exames/Consultas                              | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
|------|------------------|---|--------|------------|---------------|
| 01   | 03.01.01.007-2   | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLÓGICA) | 200,00 | R\$ 265,00 | R\$ 53.000,00 |
| 02   | 02.05.01.900-4/5 | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER VENOSO (POR MEMBRO)        | 100,00 | R\$ 250,20 | R\$ 25.020,00 |
| 03   | 02.05.01.900-3   | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER ARTERIAL (POR MEMBRO)      | 100,00 | R\$ 250,20 | R\$ 25.020,00 |
| 04   | 02.11.02.006-3   | ELETROCARDIOGRAMA                                       | 200,00 | R\$ 90,20  | R\$ 18.040,00 |
| 05   | 02.05.01.003-2   | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICO                           | 200,00 | R\$ 325,20 | R\$ 65.040,00 |
| 06   | 02.05.01.900-8   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS VERTEBRAIS                | 100,00 | R\$ 215,20 | R\$ 21.520,00 |
| 07   | 02.05.01.900-6   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS CARÓTIDA                  | 100,00 | R\$ 215,20 | R\$ 21.520,00 |

**TABELA DE EXAMES OFTALMOLÓGICOS**

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                               | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
|------|----------------|--|--------|------------|---------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA(OFTALMOLÓGICOS) | 400,00 | R\$ 235,00 | R\$ 94.000,00 |
| 02   | 02.11.06.025-9 | TORNOMETRIA  | 300,00 | R\$ 80,10  | R\$ 24.030,00 |
| 03   | 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                              | 300,00 | R\$ 80,10  | R\$ 24.030,00 |
| 04   | 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA                                     | 300,00 | R\$ 110,10 | R\$ 33.030,00 |
| 05   | 02.11.06.023-2 | TESTE ORTOPTICO  | 300,00 | R\$ 80,10  | R\$ 24.030,00 |
| 06   | 02.11.06.015-1 | FUNDOSCÓPIA  | 300,00 | R\$ 80,10  | R\$ 24.030,00 |
| 07   | 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA   | 300,00 | R\$ 80,10  | R\$ 24.030,00 |

**TOMOGRÁFIAS SEM CONTRASTE**

| Item | Código SUS   | Descrição/Exames/Consultas  | Quant. | V. Unit.   | V. Total       |
|------|--|---|--------|------------|----------------|
| 01   | 02.06.03.003-7<br>02.06.03.001-0<br>02.06.01.001-0<br>02.06.01.003-6<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.007-9<br>02.06.02.003-1<br>02.06.03.002-9<br>02.06.03.003-7<br>02.05.01.008-0 | TC ABDOME INFERIOR/ABDOME SUPERIOR /COLUNA CERVICAL/COLUNA DORSAL /COLUNA LOMBAR /COLUNA LOMBO-SACRA /COLUNA SACRO-COCCÍGEA/ CRÂNIO /TÓRAX /JOELHO /PELVE OU BACIA /RINS... | 400,00 | R\$ 690,20 | R\$ 276.080,00 |



**MAR X IMAGENS**

*Radiologia Digital*  
marques\_pimentel@hotmail.com



000030

|       |         |                 |
|-------|---------|-----------------|
| TOTAL | 6645,00 | RS 1.427.910,00 |
|-------|---------|-----------------|

- Preço unitário e preço total: R\$ 1.427.910,00 (Um Milhão, Quatrocentos e Vinte e Sete Mil e Novecentos e Dez Reais).
- Validade da proposta: 30 dias.
- Garantias, frete, instalação, impostos, se aplicável.



Documento assinado digitalmente  
MARQUES RODRIGUES PIMENTEL  
Data: 27/06/2025 10:11:17-0300  
Verifique em <https://validar31.gov.br>

---

**MARQUES RODRIGUES PIMENTEL - ME.**  
**CNPJ.: 13.921.175/0001-83.**  
**MARQUES RRODRIGUES PIMENTEL**  
**CPF: 017.754.681-60**  
**C.I.Nº: 4873526 DGPC/GO**  
**TITULAR ADMINISTRADOR**

# PSMH

## SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

CNPJ: 43.412.788/0001-56 - PSMH  
 DIVINÓPOLIS DO TOCANTINS – ESTADO DO TOCANTINS  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIUM/TO.  
 DATA: 29/05/2025

### COTAÇÃO DE PREÇOS

A unidade móvel deverá oferta os seguintes exames de imagens:

| TABELA DE EXAMES DE UROLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM    |                |  |        |            |               |
|---|----------------|--|--------|------------|---------------|
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE UROLOGIA   | 100,00 | R\$ 192,50 | R\$ 19.250,00 |
| 02  | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                         | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |
| 03  | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLÇA ESCROTAL                            | 10,00  | R\$ 202,50 | R\$ 2.025,00  |
| 04  | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA VIA ABDOMINAL                       | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |
| TABELA DE EXAMES DE MASTOLOGIA DA SAÚDE DA MULHER |                |  |        |            |               |
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA GINECOLOGIA   | 200,00 | R\$ 192,50 | R\$ 38.500,00 |
| 02  | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA                                      | 200,00 | R\$ 202,50 | R\$ 40.500,00 |
| 03  | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA BILATERAL                           | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |
| 04  | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (VIA ABDOMINAL)                      | 100,00 | R\$ 202,50 | R\$ 20.250,00 |
| 05  | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICAS                                 | 15,00  | R\$ 202,50 | R\$ 3.037,50  |
| 06  | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER                      | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |
| 07  | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 20,00  | R\$ 202,50 | R\$ 4.050,00  |
| 08  | 02.05.02.021-6 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                         | 300,00 | R\$ 262,50 | R\$ 78.750,00 |
| 09  | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA VAGINAL                                      | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |
| TABELA DE EXAMES CLÍNICA MÉDICA                   |                |  |        |            |               |
| Item  | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
| 01  | 03.01.01.007-2 | CONSULTA ALERGOLOGISTA   | 200,00 | R\$ 302,50 | R\$ 60.500,00 |
| 02  | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL                              | 200,00 | R\$ 232,50 | R\$ 46.500,00 |
| 03  | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR                           | 150,00 | R\$ 202,50 | R\$ 30.375,00 |

# PSMH

## SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

000032

|    |                |  |        |            |               |
|----|----------------|--|--------|------------|---------------|
| 04 | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR             | 150,00 | R\$ 215,50 | R\$ 32.325,00 |
| 05 | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMEM              | 100,00 | R\$ 215,50 | R\$ 21.550,00 |
| 06 | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELÉTICAS        | 300,00 | R\$ 232,50 | R\$ 69.750,00 |
| 07 | 02.05.02.902-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES                | 50,00  | R\$ 202,50 | R\$ 10.125,00 |
| 08 | 04140150-0     | GRUPO DE TESTE CUTANEO - PRICK TESTE             | 100,00 | R\$ 242,50 | R\$ 24.250,00 |
| 09 | 4140144-1      | TESTE DE CONTATO ATE 30 SUBSTÂNCIA - PATCH TESTE | 100,00 | R\$ 265,50 | R\$ 26.550,00 |

### TABELA DE EXAMES CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS

| Item | Código SUS       | Descrição/Exames/Consultas                              | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
|------|------------------|---|--------|------------|---------------|
| 01   | 03.01.01.007-2   | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLÓGICA) | 200,00 | R\$ 262,50 | R\$ 52.500,00 |
| 02   | 02.05.01.900-4/5 | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER VENOSO (POR MEMBRO)        | 100,00 | R\$ 252,50 | R\$ 25.250,00 |
| 03   | 02.05.01.900-3   | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER ARTERIAL (POR MEMBRO)      | 100,00 | R\$ 252,50 | R\$ 25.250,00 |
| 04   | 02.11.02.006-3   | ELETROCARDIOGRAMA                                       | 200,00 | R\$ 92,50  | R\$ 18.500,00 |
| 05   | 02.05.01.003-2   | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICO                           | 200,00 | R\$ 322,50 | R\$ 64.500,00 |
| 06   | 02.05.01.900-8   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS VERTEBRAIS                | 100,00 | R\$ 215,50 | R\$ 21.550,00 |
| 07   | 02.05.01.900-6   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS CARÓTIDA                  | 100,00 | R\$ 215,50 | R\$ 21.550,00 |

### TABELA DE EXAMES OFTALMOLÓGICOS

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                | Quant. | V. Unit.   | V. Total      |
|------|----------------|---|--------|------------|---------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OFTALMOLÓGICOS) | 400,00 | R\$ 232,50 | R\$ 93.000,00 |
| 02   | 02.11.06.025-9 | TORNOMETRIA   | 300,00 | R\$ 88,50  | R\$ 26.550,00 |
| 03   | 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                               | 300,00 | R\$ 88,50  | R\$ 26.550,00 |
| 04   | 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA                                      | 300,00 | R\$ 108,50 | R\$ 32.550,00 |
| 05   | 02.11.06.023-2 | TESTE ORTOPTICO   | 300,00 | R\$ 88,50  | R\$ 26.550,00 |
| 06   | 02.11.06.015-1 | FUNDOSCÓPIA   | 300,00 | R\$ 88,50  | R\$ 26.550,00 |
| 07   | 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA  | 300,00 | R\$ 88,50  | R\$ 26.550,00 |

### TOMOGRÁFIAS SEM CONTRASTE

| Item | Código SUS | Descrição/Exames/Consultas | Quant. | V. Unit. | V. Total |
|------|------------|----------------------------|--------|----------|----------|
|------|------------|----------------------------|--------|----------|----------|

# PSMH

## SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

|              |  |   |                |            |                         |
|--------------|--|---|----------------|------------|-------------------------|
| 01           | 02.06.03.003-7<br>02.06.03.001-0<br>02.06.01.001-0<br>02.06.01.003-6<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.007-9<br>02.06.02.003-1<br>02.06.03.002-9<br>02.06.03.003-7<br>02.05.01.008-0 | TC ABDOME INFERIOR/ABDOME SUPERIOR /COLUNA CERVICAL/COLUNA DORSAL /COLUNA LOMBAR /COLUNA LOMBO-SACRA /COLUNA SACRO-COCCÍGEA/ CRÂNIO /TÓRAX /JOELHO /PELVE OU BACIA /RINS... | 400,00         | R\$ 692,50 | R\$ 277.000,00          |
| <b>TOTAL</b> |  |   | <b>6645,00</b> |            | <b>R\$ 1.444.562,50</b> |

**2. Informações Necessárias na Proposta**

Preço unitário e preço total R\$ 1.444.562,50 (UM MILHÃO, QUATROCENTOS E QUARENTA E QUATRO MIL, QUINHENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).  
 Validade da proposta (sugerido: 30 dias).  
 Garantias, frete, instalação, se aplicável.  
 Outras observações relevantes.

Diego Mendonza Gouveia01658571100

Assinado digitalmente por Diego Mendonza Gouveia01658571100  
 ND: CN=Diego Mendonza Gouveia01658571100, E=mendonza,diegoo@icloud.com  
 Razão: Eu sou o autor deste documento.  
 Localização:  
 Data: 2026.05.29 16:41:13-03'00'  
 Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

PSMH PRESTAÇÃO SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA  
 CNPJ:43.412.788/0001-56  
 DIEGO MENDONZA GOUVEIA  
 SOCIO ADMINISTRADOR



**CLÍNICA MED CENTER**  
**Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000**  
**Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926**  
**E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com**  
**CLINICA MED CENTER EIRELI - ME**  
**CNPJ: 23.059.179/0001-58**

### ORÇAMENTO

Divinópolis do Tocantins – TO, 26 de maio de 2026.

Ao  
**Fundo Municipal de Saúde de Pium**  
**Av. Diógenes de Brito, nº 01 , Setor Auto da Boa Vista**  
**PIUM - TO.**

**OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE DO HOMEM E DA MULHER**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>EMPRESA:</b>              | CLINICA MED CENTER EIRELI - ME.                              |
| <b>CNPJ:</b>                 | 23.059.179/0001-58.  |
| <b>ENDEREÇO:</b>             | AV. BERNERDO SAYÃO, Nº 574, SETOR CENTRAL, CEP.: 73.950-000. |
| <b>CIDADE:</b>               | ALVORADA DO NORTE - GO.                                      |
| <b>FONE/FAX:</b>             | (62) 3421-1926 (62) 9 9668 - 4765                            |
| <b>EMAIL:</b>                | Clinicamedcenter001@gmail.com                                |
| <b>TITULAR ADMINISTRADOR</b> | JEFFERSON PAULA GUEDES.                                      |
| <b>CPF:</b>                  | 941.629.991-04.  |
| <b>C.I.Nº:</b>               | 4326560 DGPC/GO.   |

#### TABELA DE EXAMES DE UROLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas               | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
|------|----------------|--|--------|-----------|--------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE UROLOGIA                     | 100,00 | RS 190,00 | RS 19.000,00 |
| 02   | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO   | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |
| 03   | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLÇA ESCROTAL      | 10,00  | RS 198,30 | RS 1.983,00  |
| 04   | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA VIA ABDOMINAL | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |

#### TABELA DE EXAMES DE MASTOLOGIA DA SAÚDE DA MULHER

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                     | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
|------|----------------|--|--------|-----------|--------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA GINECOLOGIA   | 200,00 | RS 190,00 | RS 38.000,00 |
| 02   | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA                                      | 200,00 | RS 198,30 | RS 39.660,00 |
| 03   | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA BILATERAL                           | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |
| 04   | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (VIA ABDOMINAL)                      | 100,00 | RS 198,30 | RS 19.830,00 |
| 05   | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICAS                                 | 15,00  | RS 198,30 | RS 2.974,50  |
| 06   | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER                      | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |
| 07   | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 20,00  | RS 198,30 | RS 3.966,00  |
| 08   | 02.05.02.021-6 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                         | 300,00 | RS 258,80 | RS 77.640,00 |

|    |                |                           |        |           |              |
|----|----------------|---------------------------|--------|-----------|--------------|
| 09 | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA VAGINAL | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |
|----|----------------|---------------------------|--------|-----------|--------------|

**TABELA DE EXAMES CLÍNICA MÉDICA**

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                       | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
|------|----------------|--|--------|-----------|--------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA ALERGOLOGISTA                           | 200,00 | RS 300,00 | RS 60.000,00 |
| 02   | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL                | 200,00 | RS 229,30 | RS 45.860,00 |
| 03   | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR             | 150,00 | RS 198,30 | RS 29.745,00 |
| 04   | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR             | 150,00 | RS 210,30 | RS 31.545,00 |
| 05   | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMEM              | 100,00 | RS 210,30 | RS 21.030,00 |
| 06   | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELÉTICAS        | 300,00 | RS 225,40 | RS 67.620,00 |
| 07   | 02.05.02.902-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES                | 50,00  | RS 198,30 | RS 9.915,00  |
| 08   | 04140150-0     | GRUPO DE TESTE CUTANEO - PRICK TESTE             | 100,00 | RS 241,11 | RS 24.111,00 |
| 09   | 4140144-1      | TESTE DE CONTATO ATE 30 SUBSTÂNCIA - PATCH TESTE | 100,00 | RS 262,08 | RS 26.208,00 |

**TABELA DE EXAMES CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS**

| Item | Código SUS       | Descrição/Exames/Consultas                              | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
|------|------------------|---|--------|-----------|--------------|
| 01   | 03.01.01.007-2   | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLÓGICA) | 200,00 | RS 260,00 | RS 52.000,00 |
| 02   | 02.05.01.900-4/5 | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER VENOSO (POR MEMBRO)        | 100,00 | RS 249,80 | RS 24.980,00 |
| 03   | 02.05.01.900-3   | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER ARTERIAL (POR MEMBRO)      | 100,00 | RS 249,80 | RS 24.980,00 |
| 04   | 02.11.02.006-3   | ELETROCARDIOGRAMA                                       | 200,00 | RS 88,90  | RS 17.780,00 |
| 05   | 02.05.01.003-2   | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICO                           | 200,00 | RS 320,00 | RS 64.000,00 |
| 06   | 02.05.01.900-8   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS VERTEBRAIS                | 100,00 | RS 212,00 | RS 21.200,00 |
| 07   | 02.05.01.900-6   | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS CARÓTIDA                  | 100,00 | RS 212,00 | RS 21.200,00 |

**TABELA DE EXAMES OFTALMOLÓGICOS**

| Item | Código SUS     | Descrição/Exames/Consultas                                | Quant. | V. Unit.  | V. Total     |
|------|----------------|---|--------|-----------|--------------|
| 01   | 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OFTALMOLÓGICOS) | 400,00 | RS 230,00 | RS 92.000,00 |
| 02   | 02.11.06.025-9 | TORNOMETRIA   | 300,00 | RS 78,80  | RS 23.640,00 |
| 03   | 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                               | 300,00 | RS 78,80  | RS 23.640,00 |
| 04   | 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA                                      | 300,00 | RS 108,00 | RS 32.400,00 |
| 05   | 02.11.06.023-2 | TESTE ORTOPTICO   | 300,00 | RS 78,80  | RS 23.640,00 |
| 06   | 02.11.06.015-1 | FUNDOSCÓPIA   | 300,00 | RS 78,80  | RS 23.640,00 |
| 07   | 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA  | 300,00 | RS 78,80  | RS 23.640,00 |

**TOMOGRAFIAS SEM CONTRASTE**

| Item | Código SUS | Descrição/Exames/Consultas | Quant. | V. Unit. | V. Total |
|------|------------|----------------------------|--------|----------|----------|
|------|------------|----------------------------|--------|----------|----------|



**CLÍNICA MED CENTER**  
**Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000**  
**Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926**  
**E-mail: [clinicamedcenter001@gmail.com](mailto:clinicamedcenter001@gmail.com)**  
**CLÍNICA MED CENTER EIRELI - ME**  
**CNPJ: 23.059.179/0001-58**

|    |  |  |        |           |               |
|----|--|--|--------|-----------|---------------|
| 01 | 02.06.03.003-7<br>02.06.03.001-0<br>02.06.01.001-0<br>02.06.01.003-6<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.002-8<br>02.06.01.007-9<br>02.06.02.003-1<br>02.06.03.002-7<br>02.05.01.008-0 | TC ABDOME INFERIOR/ABDOME SUPERIOR /COLUNA CERVICAL/COLUNA DORSAL /COLUNA LOMBAR /COLUNA LOMBO-SACRA /COLUNA SACROCOCCÍGEA/ CRÂNIO /TÓRAX /JOELHO /PELVE OU BACIA /RINS... | 400,00 | RS 688,10 | RS 275.240,00 |
|----|--|--|--------|-----------|---------------|

|              |                |                        |
|--------------|----------------|------------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>6645,00</b> | <b>RS 1.411.792,50</b> |
|--------------|----------------|------------------------|

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Valor por extenso:</b>    | <b>RS 1.411.792,50 (UM MILHÃO, QUATROCENTOS E ONZE MIL, SETECENTOS E NOVENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).</b>   |
| <b>Validade da Proposta:</b> | <b>30 (TRINTA) dias,</b>   |
| <b>Declara:</b>              | No preço acima proposto estão inclusas todas as despesas diretas e indiretas à execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais e trabalhistas incidentes, taxa de administração, previsão de lucro, frete, seguro, combustível, EPI's, transporte e entrega do objeto, bem como as despesas com alimentação, transporte e hospedagem dos funcionários, entre outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação. |

**Jefferson Paula Guedes94**  
**16299910**  
 Assinado de forma digital por Jefferson Paula Guedes94162999104  
 Dados: 2026.05.26 10:27:45 -03'00'

**NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME 4**  
**CNPJ.: 23.059.179/0001-58.**  
**FONEFAX.: (62) 3421 - 1926 CEL.: (62) 9 9657 - 7494.**  
**ENDEREÇO ELETRONICO: [clinicamedcenter001@gmail.com](mailto:clinicamedcenter001@gmail.com)**