



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

## TERMO DE RETIFICAÇÃO DO EDITAL CONVOCATORIO EDITAL Nº 019/2026 – CREDENCIAMENTO Nº 03/2026 - INEXIGIBILIDADE Nº 011/2026 - PROCESSO Nº 065/2026 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - CONSULTAS MEDICAS, EXAMES, E PRATICAS INTEGRATIVAS.

O Município de São Francisco/MG torna público para conhecimento de todos que retificou o edital convocatório, a fim de ajustar itens como forma preventiva de sanear dúvidas acerca do edital, visando garantir maior clareza, coerência técnica e compatibilidade entre a descrição do item, a qualificação profissional exigida e os serviços efetivamente pretendidos pela Administração. Desta Forma estes itens específicos da tabela passarão a ter a seguinte redação.

### CONFORME OFICIO Nº 794/2026

Onde se lê:

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL (continuação) |        |             |            |                               |                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------|------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                              | QUANT. | UNIDADE     | MODALIDADE | DESCRIÇÃO                     | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 10                                                                | 720    | Plantão 12h | Presencial | Obstetrícia com visita médica | R\$ 1.530,00      | R\$ 1.101.600,00  |

Leia-se:

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL (continuação) |        |             |            |                                             |                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------|------------|---------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                              | QUANT. | UNIDADE     | MODALIDADE | DESCRIÇÃO                                   | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 10                                                                | 720    | Plantão 12h | Presencial | Ginecologia e Obstetrícia com visita médica | R\$ 1.530,00      | R\$ 1.101.600,00  |

Onde se lê:

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                            | MODALIDADE | CARGA HORÁRIA | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                            | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                 |
| 10 - Obstetrícia com visita médica                                                              | Presencial | Plantão 12h   | Serviço médico presencial em Obstetrícia, com assistência integral ao trabalho de parto, parto normal e cirúrgico, acompanhamento contínuo de gestantes internadas, realização de visitas médicas e atendimento a intercorrências, conforme diretrizes da Rede Cegonha. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência ou especialização em Ginecologia e Obstetrícia. |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

Leia-se:

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                            | MODALIDADE | CARGA HORÁRIA | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                 |
| 10 – Ginecologia e Obstetrícia com visita médica                                                | Presencial | Plantão 12h   | Serviço médico presencial em Ginecologia e Obstetrícia, com assistência integral às pacientes internadas, atendimento de urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, acompanhamento do trabalho de parto, realização de partos normais e cirúrgicos, procedimentos ginecológicos compatíveis com a capacidade instalada, visitas médicas diárias, atendimento a intercorrências e assistência às vítimas de violência sexual, conforme protocolos do SUS e diretrizes da Rede Cegonha. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência ou especialização em Ginecologia e Obstetrícia. |

CONFORME OFICIO Nº 795/2026

Onde se lê:

| BLOCO II – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                          | MODALIDADE | UNIDADE      | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                                                                                      |
| 18 - Cirurgias de baixa complexidade                                                          | Presencial | Procedimento | Execução de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, classificados como de baixa complexidade conforme parâmetros da Tabela SUS (SIGTAP), geralmente realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar de baixa densidade tecnológica, com anestesia local ou loco-regional e baixo risco cirúrgico. Inclui, entre outros: frenectomia (labial e lingual), exérese de pequenas lesões cutâneas, retirada de nevus, verrugas e cistos de pequeno | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; capacitação ou experiência comprovada em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais ou hospitalares de baixa densidade tecnológica. |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  | porte, exérese de lipomas pequenos, drenagem de abscessos superficiais, suturas de ferimentos, curativos cirúrgicos, remoção de corpo estranho subcutâneo, tratamento cirúrgico de unha encravada (onicocriptose), pequenas biópsias de pele, cauterizações, eletrocoagulação de lesões, punções e outros procedimentos ambulatoriais. Inclui avaliação clínica, realização do procedimento, orientações pós-operatórias e registro em prontuário, conforme protocolos assistenciais. |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Leia-se:

| BLOCO II – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                          | MODALIDADE | UNIDADE      | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 18 - Cirurgias de baixa complexidade                                                          | Presencial | Procedimento | Execução de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, classificados como de baixa complexidade conforme parâmetros da Tabela SUS (SIGTAP), geralmente realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar de baixa densidade tecnológica, com anestesia local ou loco-regional e baixo risco cirúrgico. Inclui, entre outros: frenectomia (labial e lingual), exérese de pequenas lesões cutâneas, retirada de nevos, verrugas e cistos de pequeno porte, exérese de lipomas pequenos, drenagem de abscessos superficiais, suturas de ferimentos, curativos cirúrgicos, remoção de corpo estranho subcutâneo, tratamento cirúrgico de | Graduação em Medicina; registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM); residência médica ou título de especialista nas áreas de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Pediatria, Otorrinolaringologia, Dermatologia ou Cirurgia Plástica; ou, alternativamente, capacitação ou experiência profissional comprovada em procedimentos |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | unha encravada (onicocriptose), pequenas biópsias de pele, cauterizações, eletrocoagulação de lesões, punções e outros procedimentos ambulatoriais. Inclui avaliação clínica, realização do procedimento, orientações pós-operatórias e registro em prontuário, conforme protocolos assistenciais. | cirúrgicos ambulatoriais ou hospitalares de baixa densidade tecnológica |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

CONFORME OFÍCIO Nº 796/2026

Onde se lê:

| BLOCO II – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                          | MODALIDADE | UNIDADE      | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                            | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                                         |
| 22 -<br>Facoemulsificação com lente                                                           | Presencial | Procedimento | Realização de cirurgia oftalmológica de facoemulsificação com implante de lente intraocular, indicada para tratamento de catarata. Inclui avaliação oftalmológica pré-operatória, biometria, realização do procedimento com técnica apropriada, acompanhamento pós-operatório e registro em prontuário. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência ou especialização em Oftalmologia; capacitação em cirurgia de catarata. |

Leia-se:

| BLOCO II – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                          | MODALIDADE | UNIDADE      | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                            | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                                                     |
| 22 -<br>Facoemulsificação com lente                                                           | Presencial | Procedimento | Realização de cirurgia oftalmológica de facoemulsificação com implante de lente intraocular, indicada para tratamento de catarata. Inclui avaliação oftalmológica pré-operatória, biometria, realização do procedimento com técnica apropriada, acompanhamento pós-operatório e registro em prontuário. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência ou especialização em Oftalmologia; capacitação em cirurgia de catarata (desejável). |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

## CONFORME OFICIO Nº 797/2026

A atual estrutura do edital não contempla de forma expressa a organização completa da linha de cuidado em Otorrinolaringologia, o que pode gerar lacunas assistenciais, especialmente em situações de urgência relacionadas a afecções do ouvido, nariz e garganta, bem como na condução de acompanhamento ambulatorial especializado.

Dessa forma, faz - se a inclusão dos seguintes itens no instrumento convocatório:

### 1. PÁGINA 12

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL (continuação) |        |             |            |                                        |                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------|------------|----------------------------------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                              | QUANT. | UNIDADE     | MODALIDADE | DESCRIÇÃO                              | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 143                                                               | 250    | Plantão 12h | Presencial | Otorrinolaringologia com visita médica | R\$ 1.370,00      | R\$ 342.500,00    |

### 2. PÁGINA 13

| BLOCO V – CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CONSULTAS AMBULATORIAIS) (continuação) |        |          |            |                      |                   |                   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|----------|------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                                       | QUANT. | UNIDADE  | MODALIDADE | DESCRIÇÃO            | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 144                                                                        | 1.200  | Consulta | Presencial | Otorrinolaringologia | R\$ 110,00        | R\$ 132.000,00    |

### 3. PÁGINA 21

| BLOCO I – PLANTÕES, SOBREAVISO E APOIO ASSISTENCIAL – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                            | MODALIDADE | CARGA HORÁRIA | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                   |
| 143 - Otorrinolaringologia com visita médica                                                    | Presencial | Plantão 12h   | Serviço médico especializado destinado ao atendimento de urgência e emergência relacionadas às afecções otorrinolaringológicas, incluindo avaliação clínica de intercorrências no pronto atendimento, manejo inicial de quadros agudos, realização de procedimentos de menor complexidade quando indicados, solicitação e interpretação de exames, estabilização e encaminhamentos necessários, bem como realização de visitas médicas a pacientes internados sob cuidados da especialidade ou com intercorrências otorrinolaringológicas, com registro em prontuário conforme protocolos assistenciais vigentes. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência médica ou especialização em Otorrinolaringologia. |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

## 4. PÁGINA 27

| BLOCO V – CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CONSULTAS AMBULATORIAIS) – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                                     | UNIDADE  | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                   |
| 144                                                                                                      | Consulta | Consulta médica especializada em Otorrinolaringologia, destinada ao atendimento ambulatorial de pacientes com afecções do ouvido, nariz e garganta, incluindo avaliação clínica, solicitação e interpretação de exames complementares, definição de diagnóstico, prescrição de tratamento e encaminhamentos quando necessários, conforme protocolos assistenciais vigentes da rede de saúde. | Graduação em Medicina; registro ativo no CRM; residência médica ou especialização em Otorrinolaringologia. |

## CONFORME OFICIO Nº 798/2026

Faz - se necessária a ampliação dos quantitativos previstos no edital, com vistas a assegurar a continuidade dos serviços, ampliar o acesso aos atendimentos especializados e reduzir o tempo de espera dos usuários. Dessa forma, retificando o instrumento convocatório, com a alteração dos quantitativos dos seguintes itens:

## 5. PÁGINA 13

Onde se lê:

| BLOCO V – CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CONSULTAS AMBULATORIAIS) (continuação) |        |          |            |                |                   |                   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|----------|------------|----------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                                       | QUANT. | UNIDADE  | MODALIDADE | DESCRIÇÃO      | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 45                                                                         | 3.500  | Consulta | Presencial | Psiquiatria    | R\$ 140,00        | R\$ 490.000,00    |
| 52                                                                         | 1.500  | Consulta | Presencial | Fonoaudiologia | R\$ 100,00        | R\$ 150.000,00    |

Leia-se:

| BLOCO V – CONSULTAS ESPECIALIZADAS (CONSULTAS AMBULATORIAIS) (continuação) |        |          |            |                |                   |                   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|----------|------------|----------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                                       | QUANT. | UNIDADE  | MODALIDADE | DESCRIÇÃO      | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 45                                                                         | 7.000  | Consulta | Presencial | Psiquiatria    | R\$ 140,00        | R\$ 980.000,00    |
| 52                                                                         | 3.000  | Consulta | Presencial | Fonoaudiologia | R\$ 100,00        | R\$ 300.000,00    |

## 1. PÁGINA 14

Onde se lê:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

## BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO) (continuação)

| ITEM | QUANT. | UNIDADE | DESCRIÇÃO          | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|------|--------|---------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 88   | 500    | Exame   | Teste da orelhinha | R\$ 60,00         | R\$ 30.000,00     |

Leia-se:

## BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO) (continuação)

| ITEM | QUANT. | UNIDADE | DESCRIÇÃO          | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|------|--------|---------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 88   | 1.000  | Exame   | Teste da orelhinha | R\$ 60,00         | R\$ 60.000,00     |

CONFORME OFICIO Nº 799/2026

### 1. PÁGINAS 13-16

Onde se lê:

## BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO)

| ITEM | QUANT. | UNIDADE | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
|------|--------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 99   | 60     | Exame   | Angiotomografia de abdômen total – paciente ambulatorial                                     | R\$ 635,00        | R\$ 38.100,00     |
| 100  | 120    | Exame   | Angiotomografia de abdômen total – paciente internado (horário comercial)                    | R\$ 762,00        | R\$ 91.440,00     |
| 101  | 120    | Exame   | Angiotomografia de abdômen total – paciente internado (plantão)                              | R\$ 952,50        | R\$ 114.300,00    |
| 108  | 120    | Exame   | Angiotomografia de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente ambulatorial                  | R\$ 500,00        | R\$ 60.000,00     |
| 109  | 120    | Exame   | Angiotomografia de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente internado (horário comercial) | R\$ 600,00        | R\$ 72.000,00     |
| 110  | 120    | Exame   | Angiotomografia de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente internado (plantão)           | R\$ 750,00        | R\$ 90.000,00     |
| 111  | 120    | Exame   | Angiotomografia de abdômen superior/inferior – paciente ambulatorial                         | R\$ 500,00        | R\$ 60.000,00     |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|     |     |       |                                                                                        |            |               |
|-----|-----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 112 | 120 | Exame | Angiotomografia de abdômen superior/inferior – paciente internado (horário comercial)  | R\$ 600,00 | R\$ 72.000,00 |
| 113 | 120 | Exame | Angiotomografia de abdômen superior/inferior – paciente internado (plantão)            | R\$ 750,00 | R\$ 90.000,00 |
| 114 | 120 | Exame | Angiotomografia de tórax – paciente ambulatorial                                       | R\$ 520,00 | R\$ 62.400,00 |
| 115 | 120 | Exame | Angiotomografia de tórax – paciente internado (horário comercial)                      | R\$ 624,00 | R\$ 74.880,00 |
| 116 | 120 | Exame | Angiotomografia de tórax – paciente internado (plantão)                                | R\$ 780,00 | R\$ 93.600,00 |
| 117 | 60  | Exame | Angiotomografia de coluna (por segmento) – paciente ambulatorial                       | R\$ 555,00 | R\$ 33.300,00 |
| 118 | 60  | Exame | Angiotomografia de coluna (por segmento) – paciente internado (horário comercial)      | R\$ 666,00 | R\$ 39.960,00 |
| 119 | 60  | Exame | Angiotomografia de coluna (por segmento) – paciente internado (plantão)                | R\$ 832,50 | R\$ 49.950,00 |
| 120 | 120 | Exame | Angiotomografia (crânio/face/pescoço/membros) – paciente ambulatorial                  | R\$ 410,00 | R\$ 49.200,00 |
| 121 | 120 | Exame | Angiotomografia (crânio/face/pescoço/membros) – paciente internado (horário comercial) | R\$ 492,00 | R\$ 59.040,00 |
| 122 | 120 | Exame | Angiotomografia (crânio/face/pescoço/membros) – paciente internado (plantão)           | R\$ 615,00 | R\$ 73.800,00 |

Leia-se:

| BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO) |        |         |                                                                                   |                   |                   |
|------------------------------------------------------|--------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| ITEM                                                 | QUANT. | UNIDADE | DESCRIÇÃO                                                                         | VALOR UNIT. (R\$) | VALOR TOTAL (R\$) |
| 99                                                   | 60     | Exame   | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen total – paciente ambulatorial | R\$ 635,00        | R\$ 38.100,00     |
| 100                                                  | 120    | Exame   | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen total – paciente              | R\$ 762,00        | R\$ 91.440,00     |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|     |     |       |                                                                                                                       |            |                |
|-----|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
|     |     |       | internado (horário comercial)                                                                                         |            |                |
| 101 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen total – paciente internado (plantão)                              | R\$ 952,50 | R\$ 114.300,00 |
| 108 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente ambulatorial                  | R\$ 500,00 | R\$ 60.000,00  |
| 109 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente internado (horário comercial) | R\$ 600,00 | R\$ 72.000,00  |
| 110 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de pelve/bacia/quadril/sacroilíacas – paciente internado (plantão)           | R\$ 750,00 | R\$ 90.000,00  |
| 111 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen superior/inferior – paciente ambulatorial                         | R\$ 500,00 | R\$ 60.000,00  |
| 112 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen superior/inferior – paciente internado (horário comercial)        | R\$ 600,00 | R\$ 72.000,00  |
| 113 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de abdômen superior/inferior – paciente internado (plantão)                  | R\$ 750,00 | R\$ 90.000,00  |
| 114 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de tórax – paciente ambulatorial                                             | R\$ 520,00 | R\$ 62.400,00  |
| 115 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de tórax – paciente internado (horário comercial)                            | R\$ 624,00 | R\$ 74.880,00  |
| 116 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de tórax – paciente internado (plantão)                                      | R\$ 780,00 | R\$ 93.600,00  |
| 117 | 60  | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de coluna (por segmento) –                                                   | R\$ 555,00 | R\$ 33.300,00  |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|     |     |       |                                                                                                                 |            |               |
|-----|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
|     |     |       | paciente ambulatorial                                                                                           |            |               |
| 118 | 60  | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de coluna (por segmento) – paciente internado (horário comercial)      | R\$ 666,00 | R\$ 39.960,00 |
| 119 | 60  | Exame | Tomografia computadorizada com contraste de coluna (por segmento) – paciente internado (plantão)                | R\$ 832,50 | R\$ 49.950,00 |
| 120 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste (crânio/face/pescoço/membros) – paciente ambulatorial                  | R\$ 410,00 | R\$ 49.200,00 |
| 121 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste (crânio/face/pescoço/membros) – paciente internado (horário comercial) | R\$ 492,00 | R\$ 59.040,00 |
| 122 | 120 | Exame | Tomografia computadorizada com contraste (crânio/face/pescoço/membros) – paciente internado (plantão)           | R\$ 615,00 | R\$ 73.800,00 |

## 1. PÁGINA 34-36:

Onde se lê:

| BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO) – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação) |         |                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                             | UNIDADE | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                               | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                      | ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS EQUIPAMENTOS                                                                                                                                                                                    |
| 99 - Angiotomografia de Abdômen Total – Paciente Ambulatorial                                    | Exame   | Estudo angiográfico completo dos vasos abdominais com fase arterial e venosa, incluindo avaliação de aorta abdominal, ramos viscerais e circulação portal, | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem para contraste. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); estação de trabalho para reconstrução de imagens; software para análise multiplanar; sistema de injeção de contraste (quando aplicável); monitorização do paciente; PACS para |
| 100 - Angiotomografia de Abdômen Total – Paciente Internado (Horário Comercial)                  |         |                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |
| 101 - Angiotomografia de Abdômen Total – Paciente Internado (Plantão)                            |         |                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|                                                                                                    |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    |       | com reconstruções multiplanares e 3D. Laudo obrigatório.                                                                                                                  |                                                                | armazenamento; protocolos de radioproteção.                                                                                |
| 108 - Angiotomografia de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Ambulatorial                  | Exame | Avaliação angiográfica dos vasos pélvicos e estruturas associadas, com reconstruções multiplanares e análise vascular detalhada. Laudo obrigatório.                       | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); contraste intravenoso; estação de reconstrução 3D.                           |
| 109 - Angiotomografia de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Internado (Horário Comercial) |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 110 - Angiotomografia de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Internado (Plantão)           |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 111 - Angiotomografia de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Ambulatorial                         | Exame | Avaliação segmentar angiográfica das estruturas vasculares abdominais superiores e inferiores com análise de fluxo e anatomia vascular. Laudo obrigatório.                | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); contraste intravenoso; estação de reconstrução 3D.                           |
| 112 - Angiotomografia de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Internado (Horário Comercial)        |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 113 - Angiotomografia de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Internado (Plantão)                  |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 114 - Angiotomografia de Tórax – Paciente Ambulatorial                                             | Exame | Avaliação angiográfica da circulação pulmonar e torácica, incluindo artérias pulmonares e aorta torácica, com protocolo para tromboembolismo pulmonar. Laudo obrigatório. | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); protocolo angiopulmonar; injetora de contraste.; estação de reconstrução 3D. |
| 115 - Angiotomografia de Tórax – Paciente Internado (Horário Comercial)                            |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 116 - Angiotomografia de Tórax – Paciente Internado (Plantão)                                      |       |                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                            |
| 117 - Angiotomografia de Coluna                                                                    | Exame | Avaliação                                                                                                                                                                 | Médico                                                         | Tomógrafo <i>multislice</i>                                                                                                |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|                                                                                              |       |                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (por segmento) – Paciente Ambulatorial                                                       |       | angiográfica dos vasos perivertebrais e estruturas associadas à coluna por segmento anatômico. Laudo obrigatório.                                | radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem.                                        | (mín. 16 canais); contraste intravenoso; estação de reconstrução 3D.                            |
| 118 - Angiotomografia de Coluna (por segmento) – Paciente Internado (Horário Comercial)      |       |                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                 |
| 119 - Angiotomografia de Coluna (por segmento) – Paciente Internado (Plantão)                |       |                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                 |
| 120 - Angiotomografia (Crânio/Face/Pescoço/Membros) – Paciente Ambulatorial                  | Exame | Avaliação angiográfica dos vasos intracranianos, cervicais e periféricos de membros, com análise de fluxo e reconstruções 3D. Laudo obrigatório. | Médico radiologista com RQE e CRM ativo e com experiência neurovascular; equipe de enfermagem. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); software neurovascular; contraste IV; estação 3D. |
| 121 - Angiotomografia (Crânio/Face/Pescoço/Membros) – Paciente Internado (Horário Comercial) |       |                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                 |
| 122 - Angiotomografia (Crânio/Face/Pescoço/Membros) – Paciente Internado (Plantão)           |       |                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                 |

Leia-se:

| BLOCO VII – EXAMES (APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO) – DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS ITENS (continuação)         |         |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                                     | UNIDADE | DESCRIÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO                                                                                                                                                    | REQUISITOS PROFISSIONAIS                                                                                              | ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS EQUIPAMENTOS                                                                                                                                                                                         |
| 99 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Total – Paciente Ambulatorial                   | Exame   | Estudo tomográfico contrastado do abdômen total, incluindo fígado, vesícula biliar, pâncreas, baço, rins, adrenais, vasos abdominais e demais estruturas anatômicas da cavidade | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso. | Tomógrafo <i>multislice</i> (mín. 16 canais); estação de trabalho para reconstrução de imagens; sistema de injeção de contraste; monitorização do paciente; PACS para armazenamento e arquivamento; protocolos de radioproteção. |
| 100 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Total – Paciente Internado (Horário Comercial) |         |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 101 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Total – Paciente Internado (Plantão)           |         |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                  |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|                                                                                                                             |       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             |       | abdominal, com reconstruções multiplanares quando indicadas. Laudo obrigatório.                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| 108 - Tomografia computadorizada com contraste de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Ambulatorial                  | Exame | Estudo tomográfico contrastado da pelve, bacia, quadris e articulações sacroilíacas, permitindo avaliação de estruturas ósseas, musculares, vasculares e órgãos pélvicos quando aplicável. Laudo obrigatório.   | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso. | Tomógrafo multislice (mín. 16 canais); sistema de injeção de contraste; estação de reconstrução multiplanar e 3D. |
| 109 - Tomografia computadorizada com contraste de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Internado (Horário Comercial) |       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| 110 - Tomografia computadorizada com contraste de Pelve/Bacia/Quadril/Sacroilíacas – Paciente Internado (Plantão)           |       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| 111 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Ambulatorial                         | Exame | Estudo tomográfico contrastado segmentar do abdômen superior ou inferior, conforme solicitação médica, para avaliação de órgãos, estruturas vasculares e demais tecidos da região examinada. Laudo obrigatório. | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso. | Tomógrafo multislice (mín. 16 canais); sistema de injeção de contraste; estação de reconstrução multiplanar e 3D. |
| 112 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Internado (Horário Comercial)        |       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| 113 - Tomografia computadorizada com contraste de Abdômen Superior/Inferior – Paciente Internado (Plantão)                  |       |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| 114 - Tomografia                                                                                                            | Exame | Estudo                                                                                                                                                                                                          | Médico                                                                                                                | Tomógrafo multislice                                                                                              |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|                                                                                                                       |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| computadorizada com contraste de Tórax – Paciente Ambulatorial                                                        |       | tomográfico contrastado do tórax, incluindo pulmões, mediastino, pleuras, grandes vasos e demais estruturas torácicas, conforme protocolo clínico. Laudo obrigatório.                                                                          | radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso.        | (mín. 16 canais); sistema de injeção de contraste; estação de reconstrução multiplanar e 3D; PACS/RIS.                      |
| 115 - Tomografia computadorizada com contraste de Tórax – Paciente Internado (Horário Comercial)                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
| 116 - Tomografia computadorizada com contraste de Tórax – Paciente Internado (Plantão)                                |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
| 117 - Tomografia computadorizada com contraste de Coluna (por segmento) – Paciente Ambulatorial                       | Exame | Estudo tomográfico contrastado da coluna vertebral por segmento anatômico (cervical, torácico ou lombossacro), incluindo avaliação de corpos vertebrais, canal vertebral, partes moles adjacentes e alterações estruturais. Laudo obrigatório. | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso. | Tomógrafo multislice (mín. 16 canais); sistema de injeção de contraste; estação de reconstrução multiplanar e 3D.           |
| 118 - Tomografia computadorizada com contraste de Coluna (por segmento) – Paciente Internado (Horário Comercial)      |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
| 119 - Tomografia computadorizada com contraste de Coluna (por segmento) – Paciente Internado (Plantão)                |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
| 120 - Tomografia computadorizada com contraste (Crânio/Face/Pescoço/Membros) – Paciente Ambulatorial                  | Exame | Estudo tomográfico contrastado do crânio, face, pescoço ou membros, conforme solicitação médica, permitindo avaliação de estruturas ósseas,                                                                                                    | Médico radiologista com RQE e CRM ativo; equipe de enfermagem habilitada para administração de contraste intravenoso. | Tomógrafo multislice (mín. 16 canais); sistema de injeção de contraste; estação de reconstrução multiplanar e 3D; PACS/RIS. |
| 121 - Tomografia computadorizada com contraste (Crânio/Face/Pescoço/Membros) – Paciente Internado (Horário Comercial) |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |
| 122 - Tomografia                                                                                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                                                             |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO

MINAS GERAIS

Rua Montes Claros nº 243 – Centro – CEP 39.300-000 – CNPJ 22.679.153/0001-40

|                                                                                                  |  |                                                                                      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| computadorizada com contraste<br>(Crânio/Face/Pescoço/Membros)<br>– Paciente Internado (Plantão) |  | tecidos moles,<br>órgãos e vasos<br>da região<br>examinada.<br>Laudo<br>obrigatório. |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

Maiores informações na sede da Prefeitura ou pelo telefone (038) 99231-0052 ou através do site [www.saofrancisco.mg.gov.br](http://www.saofrancisco.mg.gov.br).

**Miguel Paulo Souza Filho**  
Prefeito Municipal