



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2021 - FMS

***CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS E EMPRESAS PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE***

1) APRESENTAÇÃO DE PROPOSTAS:

PERÍODO: 29/01/2021 até 01/12/2021

HORÁRIO: (08:00h às 11:00h).

LOCAL: Secretaria Municipal de Saúde

2) ATA DE SESSÃO DE VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS E CREDENCIAMENTOS DOS INTERESSADOS NAS SEGUINTE DATAS:

A data das Sessões de verificação de documentos será agendada com antecedência pela Presidente da Comissão, e acontecerá no prédio da Prefeitura.

3) OBJETO

O MUNICIPIO DE ABADIA DE GOIAS – GOIÁS torna público que realizará o credenciamento de profissionais das seguintes áreas da saúde, para atendimento nos Postos de Saúde de sua circunscrição, por faturamento:

• **PROFISSIONAIS PESSOA FISICA OU JURIDICA:**

ITEM	QTD VAGAS	ESPECIALIDADES
001	010	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA SEGUNDA À SEXTA)
002	08	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA SÁBADO, DOMINGO E FERIADO)
003	01	MÉDICO CLÍNICO GERAL (CENTRO ENFRENTAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS)
004	002	MÉDICO CLÍNICO GERAL
005	006	MÉDICO CLÍNICO GERAL ESF (Estratégia de Saúde da Família)
006	001	MÉDICO ESPECIALISTA PEDIATRA
007	001	MÉDICO ESPECIALISTA RADIOLOGISTA
008	001	MÉDICO ESPECIALISTA GINECOLOGISTA/OBSTETRA
009	001	MÉDICO ESPECIALISTA PSIQUIATRA
010	001	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL
011	001	MÉDICO ESPECIALISTA ULTRASSONOGRAFISTA
012	001	MÉDICO DO TRABALHO
013	001	MÉDICO ESPECIALISTA NEUROLOGISTA
014	001	MÉDICO ESPECIALISTA UROLOGISTA
015	001	MÉDICO ESPECIALISTA CARDIOLOGISTA
016	001	MÉDICO ESPECIALISTA ANGIOLOGISTA
017	001	MÉDICO DERMATOLOGISTA



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

018	001	MÉDICO ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGISTA
019	001	MÉDICO ESPECIALISTA GASTROENTEROLOGISTA
020	001	MÉDICO ESPECIALISTA GERIATRA
020	001	MÉDICO ESPECIALISTA OFTALMOLOGISTA
021	001	MÉDICO ESPECIALISTA ORTOPEDISTA
022	001	MÉDICO ESPECIALISTA PNEUMOLOGISTA
023	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (Responsável técnico)
024	005	ENFERMEIRO COORDENAÇÃO
025	008	ENFERMEIRO PLANTONISTA
026	006	ENFERMEIRO – ESF
027	002	ENFERMEIRO AMBULATÓRIO
028	004	FARMACÊUTICO
029	004	FISIOTERAPEUTA
030	001	TERAPEUTA OCUPACIONAL
031	004	PSICÓLOGO
032	007	ODONTÓLOGO
033	001	FONOAUDIÓLOGO
034	002	NUTRICIONISTA
035	002	EDUCADOR FÍSICO
036	002	BIOMÉDICO
037	002	ASSISTENTE SOCIAL
038	015	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
039	010	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA
040	004	TÉCNICO EM RADIOLOGIA
041	004	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
042	004	AUXILIAR DE FARMÁCIA
043	006	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
044	006	TECNICO EM SAÚDE BUCAL
045	001	LABORTÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA
046	001	CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
047	001	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O Fundo Municipal de Saúde fará cadastro reserva para os demais profissionais que comparecerem para credenciamento, e se houver necessidade de novas contratações fará o chamamento pela ordem credenciada.

4) CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

Os credenciamentos serão formalizados mediante “Termo de Contrato de Credenciamento”, no qual constará:

- Qualificação das partes;
- Objeto do credenciamento;
- Vigência do contrato de credenciamento que será até 31 de dezembro de 2021, podendo ser prorrogado nos termos do Art. 57, II, da Lei 8.666/93, mediante Termo Aditivo de Contrato;
- O valor estimado a ser pago ao profissional/empresa, bem como o valor a ser pago por atendimento, com base na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município;
- O Valor máximo mensal;
- A forma de pagamento, que será feita mediante apresentação de fatura e do atestado firmado pelo gestor de saúde, de que os serviços foram prestados;



PODER EXECUTIVO

GOVERNO MUNICIPAL

ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

- g) A Dotação Orçamentária que garantirá o cumprimento da despesa;
- h) As penalidades pelo não cumprimento do ajuste, inclusive o descredenciamento;
- i) A indicação do Foro competente;
- j) Local, data e assinatura das partes;
- k) Assinatura das testemunhas, com número de CPF.

5) DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Para Credenciamento, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

SE PESSOA FÍSICA:

- a) Requerimento, em 02 vias, solicitando inscrição para credenciamento;
- b) Fotocópia do CPF;
- c) Comprovante de Inscrição junto ao Conselho Regional respectivo;
- d) Fotocópia do Diploma ou documento equivalente;
- e) Curriculum Vitae;
- f) 1 (uma) foto 3/4;
- g) Declaração se exerce ou não função pública, indicando a entidade empregadora, forma de provimento, cargo e horário de trabalho;
- h) Declaração se é proprietário, administrador ou dirigente de entidades ou serviços contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde;
- i) Prova de que está inscrito no INSS como autônomo - NIT;
- j) Prova de quitação com a Fazenda Pública Municipal.

SE PESSOA JURÍDICA:

- a) Requerimento, em 02 vias, solicitando inscrição para credenciamento;
- b) CNPJ;
- c) Contrato social e alterações (se houver);
- d) RG e CPF do representante Legal;
- e) Certidão Negativa de débito com a Fazenda Pública Federal, em conjunto com a Negativa de Débitos Previdenciários – CND INSS;
- f) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Estadual;
- g) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Municipal (da sede da empresa interessada) ou do Município Credenciante.
- h) Certidão de Regularidade de Situação Perante o FGTS;
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT;

DOCUMENTO PARA LABORATORIO

- j) Requerimento, em 02 vias, solicitando inscrição para credenciamento;
- k) CNPJ;
- l) Contrato social e alterações (se houver);
- m) RG e CPF do representante Legal;
- n) Alvará de Funcionamento, nos casos em que a prestação dos serviços for no estabelecimento da Credenciado;



PODER EXECUTIVO

GOVERNO MUNICIPAL

ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

- o) Certidão Negativa de débito com a Fazenda Pública Federal, em conjunto com a Negativa de Débitos Previdenciários – CND INSS;
- p) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Estadual;
- q) Certidão Negativa com a Fazenda Pública Municipal (da sede da empresa interessada) ou do Município Credenciante.
- r) Certidão de Regularidade de Situação Perante o FGTS;
- s) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT;
- t) Alvará da Vigilância Sanitária, nos casos em que a prestação dos serviços for no estabelecimento da Credenciado;

6) – DO NÚMERO DE CREDENCIADOS

Serão credenciados todos os profissionais/empresas que se habilitarem e protocolarem dentro do prazo estipulado neste Edital de chamamento, toda a documentação exigida, até que complete o número das vagas estipuladas no item 03, considerando a ordem crescente de inscrição.

Os demais requerentes que se habilitarem farão parte de reserva técnica até 31/12/2021.

O interessado deverá requerer a vaga mediante solicitação e entrega da documentação para habilitação exigida no item 03, deste Edital de Chamamento, junto a Secretaria Municipal de Administração.

7) – PRAZO PARA O CREDENCIAMENTO

Os interessados no credenciamento deverão requerer seu enquadramento e protocolar a documentação exigida no item 5 deste Edital, junto a Secretaria à Secretaria Municipal de Administração, situada na Av. Francisco Paiva da Silva, s/n, Centro, em Abadia de Goiás/GO, nos dias 28/01/2021 até 31/12/2021, no horário de expediente das (08:00h às 11:00h).

8) – PUBLICAÇÃO

O resumo deste será publicado no Placard da Prefeitura Municipal e na Secretaria Municipal de Saúde, no Diário Oficial do Estado, no Jornal de circulação local.

9) – LOCAL PARA INFORMAÇÕES

Qualquer esclarecimento quanto a este credenciamento poderá ser obtido junto à Secretaria Municipal de Administração ou a Comissão de Credenciamento da Prefeitura Municipal de Abadia de Goiás/GO, em horário de expediente.

Abadia de Goiás/GO, 12 de janeiro de 2021.

PEDRO RANNA LUDOVICO DE ALMEIDA
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

ANEXO I – RELAÇÃO DE VAGAS

CREDENCIAMENTO 001/2021 – FMS

DE PROFISSIONAIS E EMPRESA DA ÁREA DA SAÚDE

Constitui objeto do Edital de Credenciamento de profissionais e empresas da área da saúde, para prestação de serviços junto a Unidade de Saúde deste Município.

O valor a ser pago ao credenciado será de acordo com procedimentos realizados, comprovados mediante apresentação de fatura/relatório, onde deverá constar o demonstrativo dos procedimentos realizados no mês, o valor dos procedimentos, de acordo com a **tabela aprovada pelo Conselho Municipal de saúde do Município e o total a ser pago**, ao credenciado, de acordo com o discriminado abaixo:

ITEM	QTD VAGAS	ESPECIALIDADES	VALOR MINIMO	VALOR MAXIMO	CARGA HORARIA
001	010	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA SEGUNDA Á SEXTA)	1.000,00	1.500,00	Plantão/12 horas
002	08	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA SÁBADO, DOMINGO E FERIADO)	1.100,00	1.500,00	Plantão/12 horas
003	01	MÉDICO CLÍNICO GERAL (CENTRO ENFRENTAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS)	10.000,00	20.000,00	40 horas/ semanal
004	002	MÉDICO CLÍNICO GERAL	10.000,00	20.000,00	40 horas/ semanal
005	006	MÉDICO CLÍNICO GERAL ESF (Estratégia de Saúde da Família)	9.000,00	15.000,00	40 horas/ semanal
006	001	MÉDICO ESPECIALISTA PEDIATRA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
007	001	MÉDICO ESPECIALISTA RADIOLOGISTA	2.000,00	8.000,00	8 horas/ semanal
008	001	MÉDICO ESPECIALISTA GINECOLOGISTA/OBSTETRA	7.500,00	10.000,00	8 horas/semanal
009	001	MÉDICO ESPECIALISTA PSIQUIATRA	5.000,00	15.000,00	20 horas/semanal
010	001	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	5.000,00	15.000,00	20 horas/semanal
011	001	MÉDICO ESPECIALISTA ULTRASSONOGRAFISTA	5.000,00	10.000,00	4 horas/semanal
012	001	MÉDICO DO TRABALHO	900,00	2.700,00	12 horas/ mensal
013	001	MÉDICO ESPECIALISTA NEUROLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
014	001	MÉDICO ESPECIALISTA UROLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
015	001	MÉDICO ESPECIALISTA CARDIOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
016	001	MÉDICO ESPECIALISTA ANGIOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
017	001	MÉDICO DERMATOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
018	001	MÉDICO ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
019	001	MÉDICO ESPECIALISTA GASTROENTEROLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
020	001	MÉDICO ESPECIALISTA GERIATRA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
020	001	MÉDICO ESPECIALISTA OFTALMOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

021	001	MÉDICO ESPECIALISTA ORTOPEDISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
022	001	MÉDICO ESPECIALISTA PNEUMOLOGISTA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
023	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (Responsável técnico)	4.000,00	10.000,00	20 horas/semanal
024	005	ENFERMEIRO COORDENAÇÃO	2.500,00	3.000,00	40 horas/Semanal
025	008	ENFERMEIRO PLANTONISTA	160,00	250,00	Plantão/12 horas
026	006	ENFERMEIRO – ESF	1.900,00	2.500,00	40 horas/ Semanal
027	002	ENFERMEIRO AMBULATÓRIO	1.900,00	2.500,00	40 horas/ Semanal
028	004	FARMACÊUTICO	3.349,00	4.353,00	40 horas/ Semanal
029	004	FISIOTERAPEUTA	2.000,00	5.000,00	30 horas/ Semanal
030	001	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1.000,00	3.000,00	30 horas/ Semanal
031	004	PSICÓLOGO	2.000,00	4.000,00	20 horas/ Semanal
032	007	ODONTÓLOGO	3.400,00	6.000,00	40 horas/ semanal
033	001	FONOAUDIÓLOGO	2.000,00	4.000,00	20 horas/ Semanal
034	002	NUTRICIONISTA	2.000,00	4.000,00	20 horas/ Semanal
035	002	EDUCADOR FÍSICO	2.000,00	4.000,00	30 horas/ Semanal
036	002	BIOMÉDICO	1.500,00	4.000,00	20 horas/semanal
037	002	ASSISTENTE SOCIAL	2.000,00	4.000,00	20 horas/semanal
038	015	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1.200,00	2.000,00	40 horas/ semanal
039	010	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA	80,00	120,00	Plantão/12 horas
040	004	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	1.800,00	2.500,00	36 horas/ semanal
041	004	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1.200,00	2.000,00	40 horas/Semanal
042	004	AUXILIAR DE FARMÁCIA	1.200,00	2.000,00	40 horas/Semanal
043	006	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1.200,00	2.000,00	40 horas/Semanal
044	006	TECNICO EM SAÚDE BUCAL	1.200,00	2.000,00	40 horas/Semanal
045	001	LABORTÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA	100,00	350,00	25 Próteses Dentárias Mensais
046	001	CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	2.000,00	10.000,00	-
047	001	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	5.000,00	15.000,00	-

ITEM	VAGAS	ESPECIALIDADES	VALOR MINIMO	VALOR MAXIMO	CARGA HORARIA
001	015	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA)	900,00	1.200,00	Plantão/12 horas
002	006	MÉDICO CLÍNICO GERAL ESF (Estratégia de Saúde da Família)	9.000,00	15.000,00	40 horas/ semanal
003	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (POSTO DE SAÚDE)	3.600,00	5.000,00	08 horas/ semanal
004	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (Responsável técnico)	1.000,00	2.000,00	20 horas/semanal
005	002	MÉDICO ESPECIALISTA PEDIATRA	7.500,00	10.000,00	8 horas/ semanal
006	001	MÉDICO ESPECIALISTA RADIOLOGISTA	2.000,00	8.000,00	4 horas/ semanal
007	001	MÉDICO ESPECIALISTA GINECOLOGISTA	5.000,00	15.000,00	4 horas/semanal



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

008	001	MÉDICO PSIQUIATRA	5.000,00	15.000,00	20 horas/semanal
009	001	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	100,00	1.200,00	4 horas/semanal
010	001	MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	5.000,00	10.000,00	4 horas/semanal
011	003	MÉDICO DO TRABALHO	900,00	2.700,00	12 horas/ mensal
012	001	ENFERMEIRO COORDENAÇÃO	1.900,00	2.600,00	40 horas/Semanal
013	008	ENFERMEIRO PLANTONISTA	160,00	250,00	Plantão/12 horas
014	004	ENFERMEIRO – ESF	1.700,00	2.250,00	40 horas/ Semanal
015	002	ENFERMEIRO AMBULATÓRIO	1.700,00	2.250,00	40 horas/ Semanal
016	003	FARMACÊUTICO	3.349,00	4.353,00	40 horas/ Semanal
017	004	FISIOTERAPEUTA	2.000,00	5.000,00	30 horas/ Semanal
018	001	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1.000,00	3.000,00	30 horas/ Semanal
019	004	PSICÓLOGO	2.000,00	4.000,00	20 horas/ Semanal
020	005	ODONTÓLOGO	3.400,00	6.000,00	40 horas/ semanal
021	002	FONOAUDIÓLOGO	2.000,00	4.000,00	20 horas/ Semanal
022	002	NUTRICIONISTA	1.500,00	4.000,00	30 horas/ Semanal
023	002	EDUCADOR FÍSICO	2.000,00	4.000,00	30 horas/ Semanal
024	002	BIOMÉDICO	2.000,00	4.000,00	20 horas/semanal
025	002	ASSISTENTE SOCIAL	2.000,00	4.000,00	20 horas/semanal
026	010	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1.200,00	2.000,00	40 horas/ semanal
027	010	TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA	60,00	120,00	Plantão/12 horas
028	003	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	1.800,00	2.500,00	36 horas/ semanal
029	004	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	900,00	1.600,00	40 horas/Semanal
030	004	AUXILIAR DE FARMÁCIA	900,00	1.600,00	40 horas/Semanal
031	005	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	900,00	1.600,00	40 horas/Semanal
032	005	TECNICO EM SAÚDE BUCAL	900,00	1.600,00	40 horas/Semanal
033	001	LABORTÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA	250,00	350,00	25 Próteses Dentária Mensais
034	001	CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	2.000,00	4.000,00	-
035	001	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	5.000,00	15.000,00	-
036	015	MÉDICO CLÍNICO GERAL (PLANTONISTA)	900,00	1.200,00	Plantão/12 horas
037	006	MÉDICO CLÍNICO GERAL ESF (Estratégia de Saúde da Família)	9.000,00	15.000,00	40 horas/ semanal
038	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (POSTO DE SAÚDE)	3.600,00	5.000,00	08 horas/ semanal
039	001	MÉDICO CLÍNICO GERAL (Responsável técnico)	1.000,00	2.000,00	20 horas/semanal

* As vagas são as ofertadas no quadro acima, em caso de credenciados em excedente, ficaram os mesmo no Cadastro de Reserva.

Serão credenciados todos os profissionais que se habilitarem e protocolarem toda a documentação exigida, dentro do prazo estipulado no Edital de Credenciamento nº 001/2021-FMS, até que se complete o número de vagas ofertadas, considerando a ordem crescente de inscrição. Os demais requerentes que se habilitarem farão parte de reserva técnica até 01/12/2021.

Abadia de Goiás/GO, 12 de janeiro de 2020.

PEDRO RANNA LUDOVICO DE ALMEIDA
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

ANEXO II – RELAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - tabela sus (R\$)
1	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	08.02.05.001-7	R\$ 3,70
2	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98
3	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR	02.02.08.004-8	R\$ 4,20
4	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (TUBERCULOSE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20
5	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
6	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51
7	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 6,48
8	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,78
9	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
10	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63
11	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01
12	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	02.02.01.004-0	R\$ 3,63
13	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00
14	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83
15	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73
16	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO – DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73
17	DETERMINAÇÃO DE TEMPO SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	02.02.02.011-8	R\$ 5,79
18	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R\$ 2,73
19	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSENDIMENTAÇÃO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73
20	DETERMINAÇÃO DIREITA E REVERSA DE GRUPOS ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
21	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVA (TPP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77
22	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROEÍNA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25
23	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85
24	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	02.02.07.005-0	R\$ 15,65
25	DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R\$ 3,68
26	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68
27	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
28	DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$ 2,25
29	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53
30	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	02.02.07.011-5	R\$ 10,00
31	DOSAGEM ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

32	DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	R\$ 13,13
33	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55
34	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01
35	DOSAGEM DE CÁLCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85
36	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	02.02.01.022-8	R\$ 3,51
37	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	R\$ 17,53
38	DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	R\$ 2,01
39	DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	R\$ 1,85
40	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$ 3,51
41	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$ 3,51
42	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85
43	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68
44	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16
45	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16
46	DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,68
47	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85
48	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK_	02.02.01.032-5	R\$ 3,68
49	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12
50	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68
51	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15
52	DOSAGEM DE FENITOÍNA	02.02.07.022-0	R\$ 35,22
53	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,59
54	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51
55	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$ 15,65
56	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCAINA	02.02.01.042-2	R\$ 2,01
57	DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 2,01
58	DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$ 1,85
59	DOSAGEM DE GLICOSE -6- FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68
60	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG; BETA HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85
61	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	R\$ 3,68
62	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILDA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86
63	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLIÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89
64	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97
65	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,96
66	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25
67	DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17
68	DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	R\$ 2,25



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

69	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	02.02.01.056-2	R\$	2,01
70	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$	8,12
71	DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	02.02.01.057-0	R\$	2,01
72	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$	3,68
73	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	02.02.06.027-6	R\$	43,13
74	DOSAGEM DE POTÁSSIO	02.02.01.060-0	R\$	1,85
75	DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	R\$	10,22
76	DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$	10,15
77	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	02.02.03.020-2	R\$	2,83
78	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	R\$	2,04
79	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$	1,40
80	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	02.02.01.026-7	R\$	1,85
81	DOSAGEM DE SÓDIO	02.02.01.063-5	R\$	1,85
82	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$	15,35
83	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$	13,11
84	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$	10,43
85	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$	13,11
86	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$	8,76
87	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$	11,60
88	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICO (TGP)	02.02.01.065-1	R\$	2,01
89	DOSAGEM DE TRANMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA	02.02.01.064-3	R\$	2,01
90	DOSAGEM DE TRANFERRINA	02.02.01.066-0	R\$	4,12
91	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	02.02.01.067-8	R\$	3,51
92	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONNA (T3)	02.02.06.039-0	R\$	8,71
93	DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$	1,85
94	DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$	15,24
95	DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	R\$	15,65
96	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL- TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$	3,51
97	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	02.02.01.072-4	R\$	4,42
98	ERITOGAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	02.02.02.036-3	R\$	2,73
99	GASOMETRIA (PH, PCO ² PO ² BICARBONATO AS2) – EXCETO BASE	02.02.01.073-2	R\$	15,65
100	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$	4,11
101	INTRADERMORREÇÃO COM DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO (PRO)	02.02.03.024-5	R\$	-
102	LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	R\$	2,73
103	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOPILINA	02.02.03.025-3	R\$	10,00
104	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOPILINA	02.02.03.026-1	R\$	10,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$	8,67
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$	10,00



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

107	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISMA (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83
108	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	R\$ 17,18
109	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	02.02.03.029-6	R\$ 85,00
110	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55
112	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55
113	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16
114	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.02.059-8	R\$ 17,16
115	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	02.02.03.032-6	R\$ 17,16
116	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISHISTOMAS	02.02.03.033-4	R\$ 5,74
117	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55
119	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55
120	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	R\$ 17,16
121	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITRYPAMOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	R\$ 9,25
122	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B	02.02.03.063-6	R\$ 18,55
123	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.073-3	R\$ 2,83
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97
126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00
127	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16
129	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI-CITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61
130	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00
131	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55
132	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B	02.02.03.089-0	R\$ 18,55
133	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-1	R\$ 18,55
134	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16
135	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37OC	02.02.12.006-6	R\$ 5,79
136	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,55
137	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HSAG)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55
138	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55
139	PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDES (APÓS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	R\$ 4,80
140	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

141	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRAÇO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37
142	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	02.02.05.025-4	R\$ -
143	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	R\$ 2,73
144	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65
145	PESQUISA DE SAGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65
146	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	R\$ 2,73
147	PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES	02.02.04.017-7	R\$ 1,65
148	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00
149	PESQUISA PARA DOSAGUEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	R\$ 3,70
150	PROVA DO LÁTEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	R\$ 1,89
151	TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83
152	TESTE DIREITO DE ANTIGLOBULINA HUMANA	02.02.02.054-1	R\$ 2,73
153	TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00
154	TESTE INDIREITO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73
155	VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	R\$ 2,83
QUANTITATIVO APROVADO DE 110.000 EXAMES ANUAIS			
FONTE TABELA SUS			



PODER EXECUTIVO
GOVERNO MUNICIPAL
ABADIA DE GOIÁS

CNPJ nº 01.613.940/0001-19

ANEXO III – FICHA DE INSCRIÇÃO

EDITAL Nº. 001/2021 – CREDENCIAMENTO PROFISSIONAIS DA SAÚDE



Ficha Cadastral do Candidato

Inscrição nº.: _____

Nome completo: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Doc de Identificação nº _____ Órgão Expedidor: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Grau de Instrução: _____

Concorrer ao Cargo de: _____

Fone: (____) _____

Se for Funcionário Público, informar qual o vínculo (Federal, Estadual ou Municipal) e função que exerce: _____

Obs: _____

Declaro para todos os fins legais, que estou de acordo com todos os termos e critérios do Edital nº 001/2021, do Credenciamento dos profissionais da área da saúde do Município de Abadia de Goiás-Go, e assumo sob as penalidades da Lei, todas as informações aqui prestadas.

Abadia de Goiás-Go, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato (a)