



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS. 190

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 130/2017

Contratante: O MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 95.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 – Santa Maria do Oeste – Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. **JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA**.

Contratado: INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS, inscrita no CNPJ n.º 07.597.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Ivaiporã/Pr.

OBJETO: “CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERNAMENTOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE”.

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço máximo total
1	BRONCOSCOPIA	5,00	UN	700,00	3.500,00
4	CIRURGIAS COTAS EXTRAPOLADAS	50,00	UN	600,00	30.000,00
5	COLONOSCOPIA	15,00	UN	400,00	6.000,00
6	CONSULTA AMBULATORIAL	100,00	UN	100,00	10.000,00
7	CONSULTA CARDIOLOGISTA	30,00	UN	100,00	3.000,00
8	CONSULTA CLINICO GERAL	28,00	UN	150,00	4.200,00
9	CONSULTA COM CIRURGIA PLASTICA REPARADORA	20,00	UN	250,00	5.000,00
10	CONSULTA DERMATOLOGISTA	10,00	UN	250,00	2.500,00
11	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
12	CONSULTA NEFROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
13	CONSULTA ORTOPEDISTA	50,00	UN	100,00	5.000,00
14	CONSULTA PEDIATRA	50,00	UN	100,00	5.000,00
15	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	15,00	UN	150,00	2.250,00
16	CONSULTA PROCTOLOGISTA	6,00	UN	100,00	600,00
17	CONSULTA VASCULAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
18	CONSULTAS DE EMERGENCIA DIA	100,00	UN	100,00	10.000,00
19	CONSULTAS DE EMERGENCIA NOTURNO	100,00	UN	100,00	10.000,00
21	DIARIA UTI ADULTO	10,00	UN	800,00	8.000,00
22	DIARIA UTI NEO NATAL	10,00	UN	800,00	8.000,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



Santa Maria do Oeste
Cidade do Lixo Novo História

FLS. 191

26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	10,00	UN	200,00	2.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER TORNOZELO	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DRENAGEM DE ABSCESSO	10,00	UN	200,00	2.000,00
31	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	50,00	UN	40,00	2.000,00
32	ENDOSCOPIA	20,00	UN	150,00	3.000,00
33	ESPIRIOMETRIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
34	EXAME FIMOSE	4,00	UN	1.000,00	4.000,00
35	EXAME RADIOLOGICO ABDOMEN	15,00	UN	40,00	600,00
40	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL	15,00	UN	40,00	600,00
44	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	15,00	UN	40,00	600,00
46	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR	15,00	UN	40,00	600,00
48	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA	15,00	UN	40,00	600,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA MAMDIBULA C/ LAUDO	12,00	UN	50,00	600,00
51	EXAME RADIOLOGICO DA MANDÍBULA	15,00	UN	40,00	600,00
53	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA	15,00	UN	35,00	525,00
58	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	40,00	600,00
65	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL	15,00	UN	40,00	600,00
69	EXAME RADIOLOGICO DO TORAX	15,00	UN	40,00	600,00
77	IMOBILIZAÇÕES GESSADA PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
78	IMOBILIZAÇÕES GRANDE PORTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
79	IMOBILIZAÇÕES MEDIO PORTE	10,00	UN	150,00	1.500,00
80	IMOBILIZAÇÕES PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
81	INTERNAMENTO COTA EXTRAPOLADA TABELA SUS	100,00	UN	600,00	60.000,00
83	MAMOGRAFIA	10,00	UN	100,00	1.000,00
84	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00
85	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00
86	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	1.100,00	11.000,00
87	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA E PELVE	10,00	UN	550,00	5.500,00
88	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
89	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORSAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
90	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
91	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO FEMURAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
92	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRANEO	10,00	UN	550,00	5.500,00
93	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO	10,00	UN	550,00	5.500,00
94	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL	1,00	UN	550,00	550,00



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359

Criação 2017-2020
Santa Maria do Oeste
Cidade das Artes e da Juventude

FLS. 192

95	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO OU PÉ UNILATERAL	5,00	UN	550,00	2.750,00
96	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DP TORAX	10,00	UN	550,00	5.500,00
97	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
98	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA LOMBO SACRA	10,00	UN	550,00	5.500,00
99	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS MOLES	8,00	UN	550,00	4.400,00
100	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO	10,00	UN	550,00	5.500,00
101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
102	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO	10,00	UN	550,00	5.500,00
103	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TORACICA	5,00	UN	550,00	2.750,00
104	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
105	RISCO CIRURGICO	10,00	UN	170,00	1.700,00
106	SUTURA GRANDE	10,00	UN	300,00	3.000,00
107	SUTURA MÉDIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
108	SUTURA PEQUENA	10,00	UN	150,00	1.500,00
109	TALA GESSADA	30,00	UN	200,00	6.000,00
110	TOMOGRRAFIA ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	600,00	6.000,00
111	TOMOGRRAFIA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
112	TOMOGRRAFIA ABDOMEM INFERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
113	TOMOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
114	TOMOGRRAFIA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
115	TOMOGRRAFIA COLUNA DORSAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
116	TOMOGRRAFIA DO CRANIO	10,00	UN	250,00	2.500,00
117	TOMOGRRAFIA DO PESCOÇO	10,00	UN	250,00	2.500,00
118	TOMOGRRAFIA DO SEIO DA FACE	10,00	UN	250,00	2.500,00
119	TOMOGRRAFIA DO TORAX	10,00	UN	350,00	3.500,00
120	TOMOGRRAFIA MASTÓIDE	10,00	UN	250,00	2.500,00
121	TOMOGRRAFIA Pelves SEM CONTRASTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
122	UROTOMOGRRAFIA	10,00	UN	600,00	6.000,00
123	USG ABDOMEM SUPERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
124	USG ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
125	USG ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
126	USG APARELHO URINARIO FEMININO	10,00	UN	100,00	1.000,00
127	USG APARELHO URINARIO MASCULINO	10,00	UN	100,00	1.000,00
128	USG BEXIGA	10,00	UN	100,00	1.000,00
129	USG BOLSA ESCROTAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
130	USG COTOVELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
131	USG COXO FEMURAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
132	USG CRANIANA	10,00	UN	150,00	1.500,00
133	USG DOPPER DE VARIZES 1 VASO	10,00	UN	200,00	2.000,00
134	USG DOPPER VARIZES 2 VASOS	10,00	UN	400,00	4.000,00
135	USG GLOBO OCULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
136	USG GLUTEA	5,00	UN	100,00	500,00
137	USG HIPOGASTRO	8,00	UN	100,00	800,00
138	USG MAMA	10,00	UN	100,00	1.000,00
139	USG MÃO	10,00	UN	150,00	1.500,00



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



Aberto 2017-2020
Santa Maria do Oeste
CONSTITUÍDO EM 1994

FLS. 193

140	USG OBSTÉTRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OMBRO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGÃOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PANCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PELVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PRÓSTATA ABDOMINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
147	USG PUNHO	10,00	UN	150,00	1.500,00
148	USG QUADRIL	10,00	UN	150,00	1.500,00
149	USG REGIÃO AXILAR	10,00	UN	150,00	1.500,00
150	USG REGIÃO INGUINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
151	USG RINS	10,00	UN	100,00	1.000,00
152	USG SUBMANDIBULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
153	USG TIREÓIDE	10,00	UN	150,00	1.500,00
154	USG TORNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
155	USG VIAS URINARIAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
TOTAL					429.925,00

- VALOR TOTAL DOS ITENS: R\$ 429.925,00 (Quatrocentos e Vinte Nove Mil e Novecentos e Vinte e Cinco Reais).

Data de assinatura: 14 de Setembro de 2017.

Vigência: 13/09/2018.

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 130/2017

Contratante: O MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 95.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 - Santa Maria do Oeste - Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA.

Contratado: INSTITUTO DE SAUDE BOM JESUS, inscrita no CNPJ nº 07.597.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Ivaiporã/PR.

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERNAMENTOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE".

Item	Nome do produto/serviço	Quant.	Un.	Preço máximo	Preço máximo total
1	EXAMINE COLOREDO	5,00	UN	200,00	1.000,00
2	EXAMINE COLOREDO VESGADO	10,00	UN	400,00	4.000,00
3	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
4	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
5	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
6	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
7	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
8	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
9	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
10	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
11	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
12	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
13	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
14	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
15	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
16	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
17	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
18	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
19	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
20	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
21	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
22	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
23	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
24	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	EXAMINE COLOREDO VESGADO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00

Item	Nome do produto/serviço	Quant.	Un.	Preço máximo	Preço máximo total
140	USG OBSTETRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OBSTETRICO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGAOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PANCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PELVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PRÓSTATA ABDOMINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
147	USG PUNHO	10,00	UN	150,00	1.500,00
148	USG QUADRIL	10,00	UN	150,00	1.500,00
149	USG REGAO AXILAR	10,00	UN	150,00	1.500,00
150	USG REGAO INGUINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
151	USG REGAO	10,00	UN	100,00	1.000,00
152	USG SUBMANDIBULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
153	USG TIREOIDE	10,00	UN	150,00	1.500,00
154	USG TORNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
155	USG VIAS URINARIAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
TOTAL					429.925,00

VALOR TOTAL DOS ITENS: R\$ 429.925,00 (Quatrocentos e Vinte e Nove Mil e Novecentos e Vinte e Cinco Reais).

Data de assinatura: 14 de Setembro de 2017.
 Vigência: 13/09/2018.

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 131/2017

Contratante: O MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 95.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 - Santa Maria do Oeste - Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA.

Contratado: IRMANDADE SÃO VICENTE DE PAULO, inscrita no CNPJ nº 80.147.804/0001-57, situada na Rua João Gonçalves Padilha, 190, Centro, Município de Pitanga/PR.

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERNAMENTOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE".

Item	Nome do produto/serviço	Quant.	Un.	Preço máximo	Preço máximo total
26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E	10,00	UN	200,00	2.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBR	10,00	UN	400,00	4.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBR	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DOPPLER TORNOZELO	10,00	UN	200,00	2.000,00
31	DRENAAGEM DE ABSCESSO	10,00	UN	40,00	400,00
32	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	50,00	UN	150,00	7.500,00
33	ENDOSCOPIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
34	EXAMINE FINEBI	10,00	UN	40,00	400,00
35	EXAMINE RADIOLOGICO ABDOMEN	10,00	UN	40,00	400,00
36	EXAMINE RADIOLOGICO CERVICAL	10,00	UN	40,00	400,00
37	EXAMINE RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	10,00	UN	40,00	400,00
38	EXAMINE RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	10,00	UN	40,00	400,00
39	EXAMINE RADIOLOGICO DA BACIA	10,00	UN	40,00	400,00
40	EXAMINE RADIOLOGICO DA MANDIBULA C/	10,00	UN	40,00	400,00
41	EXAMINE RADIOLOGICO DA MANDIBULA	10,00	UN	40,00	400,00
42	EXAMINE RADIOLOGICO DA PERNA	10,00	UN	40,00	400,00
43	EXAMINE RADIOLOGICO DO FEMUR	10,00	UN	40,00	400,00
44	EXAMINE RADIOLOGICO DO QUADRIL	10,00	UN	40,00	400,00
45	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
46	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
47	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
48	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
49	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
50	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
51	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
52	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
53	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
54	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
55	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
56	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
57	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
58	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
59	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
60	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
61	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
62	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
63	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
64	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
65	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
66	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
67	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
68	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
69	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
70	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
71	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
72	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
73	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
74	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
75	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
76	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
77	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
78	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
79	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
80	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
81	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
82	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
83	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
84	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
85	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
86	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
87	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
88	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
89	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
90	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
91	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
92	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
93	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00
94	EXAMINE RADIOLOGICO DO TOXAR	10,00	UN	40,00	400,00

Item	Nome do produto/serviço	Quant.	Un.	Preço máximo	Preço máximo total
2	CEFSARIANA DE ALTO RISCO	5,00	UN	3.200,00	16.000,00
3	CEFSARIANA DE ALTO RISCO	5,00	UN	2.800,00	14.000,00
4	CEFSARIANA DE ALTO RISCO	5,00	UN	2.800,00	14.000,00
5	CEFSARIANA DE ALTO RISCO	5,00	UN	2.800,00	14.000,00
6	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
7	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
8	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
9	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
10	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
11	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
12	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
13	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
14	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
15	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
16	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
17	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
18	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
19	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
20	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
21	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
22	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
23	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
24	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
25	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
26	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
27	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
28	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
29	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
30	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
31	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
32	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
33	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
34	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
35	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
36	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
37	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
38	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
39	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
40	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
41	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
42	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
43	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
44	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
45	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
46	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
47	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
48	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
49	EXAMINE RADIOLOGICO ANTEBRACO COM	12,00	UN	45,00	540,00
5					